

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE AGOTAMIENTO MENTAL Y RELACIÓN CON LAS
CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS CUIDADORES
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA**

TESIS

**Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESENTA

Lic. Enf. Adriana Gámez López

DIRECTOR

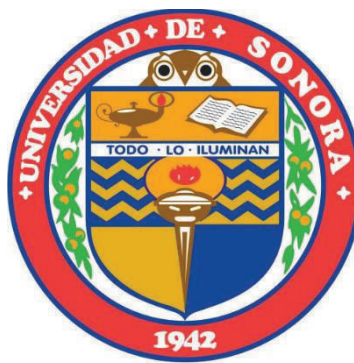
Dra. María Rubí Vargas

ASESORES

**Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
MED. Manuela de Jesús Escalante Verdugo**

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

DICTAMEN DE APROBACIÓN TESIS

NIVEL DE AGOTAMIENTO Y RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Dra. María Rubí Vargas

Director

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña

Asesor

MED. Manuela de Jesús Escalante Verdugo

Asesor

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña

Coordinador de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Sonora, principalmente al Departamento de Enfermería y su planta docente, en especial a la directora de tesis Dra. María Rubí Vargas por brindarme el apoyo y la asesoría necesaria para llevar a cabo este proyecto, de igual manera a las asesoras Dra. Sandra Lidia Peralta y M.ED. Manuela Escalante por las sugerencias brindadas y que enriquecieron este trabajo. Así mismo a la compañera Ilse Yovanna que contribuyó en gran parte a la asesoría de este proyecto en conjunto con mi tutora de tesis, de las cuales fueron un gran equipo para poder concluir con este importante proyecto.

DEDICATORIA

A mis padres:

Por motivarme a realizar todas mis metas y guiarme siempre por el buen camino al éxito; por brindarme todo el apoyo que se requiere para completar todos mis propósitos. Gracias a ustedes eh podido lograr una meta más.

RESUMEN

Introducción: Cuidar de un miembro de la familia con enfermedad crónica es demandante y conlleva una tensión considerable, debido a ello, a mediano o largo plazo el cuidador puede desarrollar agotamiento.

Objetivo: Determinar el nivel de agotamiento mental y su relación con las características del cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica.

Método: Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, correlacional y transversal, muestreo no probabilístico por conveniencia, conformado por 80 cuidadores familiares (57 mujeres, 23 hombres) de pacientes hospitalizados derechohabientes en una institución de Hermosillo, Sonora. Se contó con la aprobación del comité de ética en investigación y del consentimiento informado de los participantes. En la medición de la variable agotamiento mental se empleó el cuestionario de Maslach con 22 reactivos cuyas dimensiones son cansancio emocional y físico, despersonalización e insatisfacción y realización personal que abordan los sentimientos y actitudes del cuidador hacia el paciente. El cuestionario ha sido validado en población mexicana, fiabilidad 0.90. Las categorías y puntuación de los niveles de agotamiento mental fueron: nivel bajo (<21) nivel medio (22-45) y nivel alto (>45).

Resultados: En las características sociales de los cuidadores familiares se destaca promedio de edad 59.9 ± 8.2 años, sexo femenino 71.3%, estado marital casado 95%, nivel de estudios de educación básica con 57.5% y la ocupación retirados 67% (pensionados y jubilados). En el agotamiento mental predominó el nivel medio 68.7% y nivel bajo 30.0%, puntuación promedio global 28.29 ± 5.82 . Se identificó relación entre los niveles de agotamiento y las características de los cuidadores en cansancio emocional y físico con el sexo ($U=624.5$, $p=0.04$); en despersonalización y ocupación ($H=11.302$, $p=0.01$) y en insatisfacción y realización personal con la edad ($H=10.836$, $p=0.00$).

Conclusiones. Los hallazgos evidencian el agotamiento mental en los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad crónica, es necesario que el personal de enfermería brinde atención y apoyo a los familiares.

Palabras clave: agotamiento mental, cuidador familiar, enfermedad crónica.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
INTRODUCCIÓN	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Justificación	4
1.3 Pregunta de investigación	5
II. MARCO DE REFERENCIA	6
2.1 Paciente en situación de enfermedad crónica	6
2.2 Cuidador familiar	7
2.3 Agotamiento mental	12
2.4 Investigaciones previas	14
III. OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo general	18
3.2 Objetivos específicos	18
IV. METODOLOGÍA	19
4.1 Tipo y diseño del estudio	19
4.2 Población, muestra y muestreo	19
4.3 Criterios de inclusión	19

4.4 Criterios de exclusión y eliminación	19
4.5 Variables	20
Variable dependiente	20
Variable independiente:	20
4.6 Instrumento de medición	22
4.7 Procedimiento de recolección de datos	22
4.8 Análisis de los datos	23
4.9 Consideraciones éticas	23
V. RESULTADOS	27
5.1 Características y niveles de agotamiento mental en los cuidadores familiares	27
5.2 Agotamiento mental o Burnout de los cuidadores familiares	28
5.3 Relación entre los niveles de agotamiento mental y las características en los cuidadores	35
VI. DISCUSIÓN	45
VII. CONCLUSIONES	50
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	56
1. Instrumento de medición agotamiento en los cuidadores familiares	57
2. Consentimiento informado	59
3. Dictamen de aprobación Comité de Ética en Investigación	61

INDICE DE TABLAS

1. Características sociodemográficas de los cuidadores familiares
2. Análisis descriptivo según las categorías de respuesta en la escala de Agotamiento Mental, en los cuidadores familiares de paciente con enfermedad crónica
3. Frecuencia de respuesta en los ítems de Agotamiento mental en los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica
4. Estadísticas según la puntuación global y por dimensiones del agotamiento mental o Burnout de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica
5. Niveles de agotamiento mental, según las dimensiones en los cuidadores familiares
6. Pruebas de normalidad Kolmogorow-Smirnov de agotamiento mental
7. Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout y dimensiones, con el sexo de los cuidadores familiares
8. Relación entre la puntuación del agotamiento mental y dimensiones con la edad de los cuidadores familiares
9. Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout y dimensiones, con el grupo de edad de los cuidadores familiares
10. Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout, dimensiones, según el estado civil de los cuidadores familiares
11. Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout, dimensiones, según el tipo de parentesco de los cuidadores familiares
12. Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout, dimensiones, según el Nivel de Escolaridad de los cuidadores familiares
13. Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout, dimensiones, según la Ocupación de los cuidadores familiares

INDICE DE GRÁFICOS

1. Nivel de agotamiento mental o Burnout en los cuidadores familiares
2. Nivel de Cansancio emocional y físico en los cuidadores familiares
3. Nivel de despersonalización en los cuidadores familiares
4. Nivel de insatisfacción y realización personal en los cuidadores familiares

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no sólo desarrollan un alto impacto emocional sino que cambia la vida del mismo paciente que las presenta, la de su familia y el entorno más inmediato donde se desarrolla, principalmente el cuidador familiar principal, quien es el que juega un papel muy importante en la vivencia, los cuidados y bienestar del paciente. Al recibir la noticia sobre una enfermedad crónica, se presenta un shock emocional importante y a partir de ahí se empieza a desarrollar un largo camino en donde se van afrontar las distintas situaciones y cambios que sucederán en el desarrollo de la enfermedad. Es importante que haya un reajuste y reorganización de la dinámica familiar para facilitar la adaptación de la situación en la enfermedad. Asimilar y aceptar esta situación no es fácil, los obstáculos deberán enfrentarse.

Cuidar no es una actividad sencilla, ésta puede tener un impacto negativo en el cuidador a nivel laboral, puede ocasionar que disminuya su productividad, que aumente el ausentismo o bien, que haya una pérdida de tiempo de trabajo; esto obliga a que algunas personas modifiquen sus horarios, haciendo reducciones de jornada o bien, bajas laborales. Esto añade más estrés al cuidador, ya que no puede mantener su ritmo laboral o por las consecuencias que esta situación pueda tener, como la pérdida de trabajo y/o preocupaciones económicas. En situaciones extremas, puede desarrollarse lo que se conoce como claudicación familiar, es donde se manifiesta de forma implícita o explícita la ausencia de capacidad de la familia para poder brindar una respuesta y atención adecuada a las demandas y necesidades del paciente a consecuencia de un estado de agotamiento o sobrecarga, se presenta una gran dificultad para mantener una comunicación fluida y positiva entre el paciente, la familia y el equipo de profesionales sanitarios.

Dado el contexto anterior y la experiencia clínica profesional, se ha observado a través del tiempo que el cuidador familiar del paciente hospitalizado en situación de enfermedad crónica, en ciertos casos esposa y/o hijos, presentan con frecuencia cierto grado de agotamiento, por lo que se decidió realizar la presente investigación

cuyos hallazgos evidencian uno de los problemas del cuidador familiar y contribuirá para implementar un programa de intervención de enfermería con el familiar del paciente lo que redundará a futuro en el bienestar del cuidador familiar y del paciente mismo.

Este trabajo está compuesto por seis capítulos. En el primer capítulo se encuentra la introducción, se describe la problemática del cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. El capítulo dos, contiene el marco referencial que fundamenta el estudio, contiene estudios previos sobre el perfil de los cuidadores y la presencia de agotamiento mental o Burnout como también se le reconoce. El tercer capítulo incluye el objetivo general y objetivos específicos. En el capítulo cuarto, se aborda el material y método, que incluye el diseño de estudio, población y muestra, instrumentos utilizados para la recolección de datos, procedimientos de la recolección de datos, consideraciones éticas y sobre el análisis de datos. En el capítulo quinto, se muestran los resultados de la investigación en base a los objetivos planteados. En el capítulo seis, se menciona la discusión, donde se describen los resultados obtenidos de la investigación en relación a los estudios analizados, y por último están las conclusiones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

La familia siempre ha sido reconocida como agente cuidador natural de las personas que viven en situación crónica de enfermedad, o con limitación y/o discapacidad. Aun de los cambios en la sociedad que ha tenido la familia en el rol femenino con la incursión en el mercado laboral, también es el hecho de que la familia continúa teniendo el rol de cuidador como una de las principales funciones y responsabilidades.

Ser cuidador de alguien que requiere atención de día y de noche resulta difícil y abrumador. Generalmente la familia hace uso de sus recursos, se organiza para sobrellevar y afrontar de la mejor manera la demanda del cuidado, pero a pesar de ello con frecuencia experimenta impotencia. El sentimiento de impotencia es común en quienes cuidan a personas en situación crónica de enfermedad, la cual puede ser devastadora, lo que hace necesario comprender este fenómeno para que pueda sobrellevarse y enfrentar de la mejor manera los eventos y desgaste físico, psicológico y espiritual inherentes a la exigencia del cuidado que se le demanda (1).

La situación crónica de enfermedad a nivel global constituye un gran reto para el sistema de salud, por múltiples factores, su prevalencia e incidencia cada vez más crecientes, son causa más frecuente de incapacidad, de pérdida de años de vida saludable, su contribución a la mortalidad general, por el costo elevado de la hospitalización y de rehabilitación (2).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la causa de deceso anual de más de 40 millones de personas, sobresaliendo entre las principales causas las enfermedades

cardiovasculares (17.7 millones cada año), seguidas del cáncer (8.8 millones), las enfermedades respiratorias (3.9 millones) y la diabetes (1.6 millones). Estos cuatro grupos de padecimientos son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT antes de los 70 años de edad, además casi las tres cuartas partes de todas las defunciones sucedieron en los países de ingreso bajo y medio (3,4).

Por su parte en México, en la población la prevalencia de las ECNT es alta y su frecuencia se eleva al grado de epidemia, son la causa del 77% del total de los fallecimientos, ocupando los primeros lugares las enfermedades cardíacas 31.3%, diabetes 14.3%, tumores malignos 12.1% y enfermedades respiratorias 6%, entre otras (5,6).

1.2 Justificación

La persona que vive en situación de enfermedad crónica, de acuerdo al nivel de disfuncionalidad y proceso de la enfermedad, realiza modificaciones en sus hábitos, estilo de vida, sus relaciones familiares y sociales, más allá de lo que su propia voluntad pudiera lograr en otra condición. Por tanto, la condición de enfermedad crónica logra impactar en cada persona en diferentes niveles de intensidad en aspectos emocionales, sociales, familiares y económicos.

Se ha documentado que la enfermedad crónica no solo afecta a quien la padece, sino también impacta en la familia, quien vivencia una serie de cambios inesperados, como son: las adecuaciones del hogar, la transferencia de los roles familiares, las responsabilidades económicas que se tornan más difíciles y que se representa en sobrecarga de trabajo sobre todo para aquellos miembros más comprometidos con la persona enferma y quien suele denominarse cuidador familiar principal (7,8).

Las responsabilidades y los desafíos de cuidar a un ser querido pueden provocar un estrés significativo en el cuidador familiar. De hecho, este estrés puede acumularse y ocasionar la angustia del cuidador, una situación en la que el cuidador puede ser más susceptible a otros riesgos para la salud, como son presión arterial alta, diabetes y un mayor riesgo de accidente cerebrovascular (9).

Dado el contexto anterior y que en la institución donde laboro, con frecuencia se observa que el paciente hospitalizado en situación de enfermedad crónica, es apoyado casi siempre por un mismo familiar generalmente la esposa y/o hijo, quienes se observan con conductas de agotamiento, surgió el interés de indagar al respecto, por otra parte, existen pocos estudios sobre agotamiento en los cuidadores familiares de paciente con enfermedad crónica. Se espera con los resultados de este estudio contribuir en la literatura sobre la existencia del agotamiento en los cuidadores, evidencia que podrá apoyar en brindar una mejor comprensión y sensibilidad del personal de enfermería para que en el proceso del cuidado se considere también al familiar y se le apoye.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cómo es nivel de agotamiento mental y su relación con las características sociales del cuidador familiar del paciente en situación de enfermedad crónica agudizada?

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1 Paciente en situación de enfermedad crónica

Las enfermedades crónicas no transmisibles son de duración prolongada progresiva e irreversible y éstas se desarrollan con respecto a distintos factores, entre ellos se encuentran los factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

La enfermedad crónica o proceso crónico es un término que engloba las enfermedades de larga duración, se asocian a menudo con un grado de incapacidad y tienen diferentes repercusiones en la persona, la familia y la comunidad a la que pertenece. Las personas con enfermedad crónica tienen necesidades y problemas que van más allá de lo estrictamente médico. Estos problemas requieren la utilización de múltiples fuentes del cuidado y apoyo (10).

Entre las principales enfermedades crónicas destacan las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedad vascular cerebral y enfermedades respiratorias (5).

La prevención y control de las enfermedades crónicas en fase aguda debe ser una prioridad para el sector salud y la población en general. Todo esto conlleva a un proceso educativo para que comprenda la enfermedad y su control. Para esto es necesario el apoyo de diversos profesionales de la salud los cuales ayuden a orientar a la población en general a llevar a cabo una correcta prevención para evitar a largo plazo complicaciones que desencadenen la fase agudizada de la enfermedad.

Es por ello que se llevan a cabo diversos programas educativos en los cuales destacan la importancia de involucrar a la familia al tratamiento de la enfermedad. Es importante que el paciente comprenda y se comprometa a los objetivos del tratamiento y las modificaciones necesarias del estilo de vida.

Las enfermedades respiratorias son causa importante de discapacidad a nivel mundial. Una de las más frecuentes es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cual se destaca por ocasionar una importante discapacidad funcional respiratoria y es la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad en los Estados Unidos al tener una prevalencia elevada y una alta mortalidad (11,12).

Con respecto a los síndromes coronarios agudos, la primera causa de muerte secundaria a un infarto agudo al miocardio es el shock cardiogénico, ya que los pacientes que lo padecen desarrollan un mal pronóstico con alta mortalidad del 70% (13).

La funcionalidad del paciente con enfermedad crónica se ve comprometida y requiere de otros para su subsistencia, lo que impacta no solo en quien sufre la enfermedad sino en la familia. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. Algunas veces el paciente y familiar se adaptan adecuadamente a la situación, y a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige son capaces de reorganizarse e incluso se fortalecen los lazos afectivos; por el contrario, puede haber situaciones en la familia que se encierran en sí mismas y llegan a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando la autonomía e independencia (14).

2.2 Cuidador familiar

El cuidador es el miembro de una familia o grupo social que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo. Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a acuerdo explícito entre los miembros de la familia (14). El cuidador familiar es en quien recae la mayor responsabilidad del cuidado al paciente, provee de forma parcial o completa el cuidado en la higiene, alimentación, movilización, vestido, administración de medicamentos, entre otras actividades, en el espacio o lugar donde se encuentre el paciente ya sea en el domicilio o en alguna institución (7).

Para la mayoría de las personas no es fácil enfrentarse al hecho de que algún familiar cercano dependa de ella para continuar adaptándose y enfrentándose a su vida cotidiana. En la mayoría de los casos, una persona no se convierte en cuidadora de un día para otro. Esto sucede porque la mayor parte de las causas de la dependencia de las personas con enfermedad crónica son enfermedades que implican deterioro progresivo, asociado a un incremento de la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria (alimentarse, vestirse, higiene básica y baño) es decir la dependencia.

El proceso de cuidar a otro constituye una experiencia diferente en cada persona, de acuerdo a los diversos factores que enfrentan, tales como la enfermedad y nivel de dependencia del paciente, características de la personalidad del paciente y familiar, nivel socioeconómico, funcionamiento y apoyo familiar, entre otros. El cuidador familiar ayuda al paciente a adaptarse a la limitación o discapacidad funcional que la enfermedad le impone.

Tipos de cuidador (10,14,15).

El cuidador o cuidadora es quien asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus relaciones sociales. La literatura señala diversos tipos de cuidador:

Cuidador familiar principal: Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del paciente y asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios. Suele vivir en el mismo domicilio que el enfermo, o muy cerca de éste, y suele tener una relación familiar muy próxima, lo acompaña la mayor parte del tiempo (normalmente un familiar directo, cónyuge o algún hijo).

Cuidador secundario: La persona que ayuda o suplente al cuidador principal cuando es necesario, desde familiares a amigos o vecinos.

Cuidador ausente: familiar o persona externa del que se espera que colabore en el cuidado del enfermo y que, sin embargo, no lo realiza por los motivos que fueren. Los cuidadores familiares también se clasifican en cuidadores primarios o principales y cuidadores secundarios, según sea el grado de la responsabilidad que asumen en el cuidado del enfermo (16).

El cuidador puede ser cualquier persona no sólo el familiar directo del paciente. Un cuidador desempeña diversas funciones, como proveer la satisfacción de las necesidades básicas del que cuida, además de escuchar, defender, conducir, comunicar, manejar la economía (9). Los papeles o roles del cuidador son determinados por las necesidades específicas del paciente, y características del mismo cuidador como las capacidades, fortalezas, tiempo disponible (10).

Algunos estudios refieren que en los países desarrollados del total del cuidado que requiere un paciente crónico, el 75% es otorgado por el cuidador principal familiar y solo un 25% es otorgado por las instituciones, sean de salud o de asistencia social, como la casa-hogar (17). Asimismo, se ha documentado en el cuidador principal al tener bajo su responsabilidad el cuidado de otro por periodos prolongados, la exigencia continua de la persona enferma, el estado de salud del cuidador se afecta de manera negativa, ocasionando fatiga, alto grado de estrés, ansiedad, depresión, soledad lo que puede conllevar a la automedicación como son los relajantes y los inductores del sueño (10, 14-16).

En ocasiones el cuidador familiar tiende a presentar temor y miedo al no poder controlar la situación que se le presenta, o bien, a lo desconocido o a la muerte. Los cuidadores se sienten inseguros ante la presencia de una situación desconocida o cuando se trata de su habilidad y capacidad al momento de brindar los cuidados y el apoyo adecuado. Tienen una preocupación sobre cómo será su propio futuro o si podrán llegar a ser lo suficientemente fuertes para poder afrontarlo por el riesgo de adquirir la enfermedad o porque se pudieran quedar solos (9,16).

Algunos de los problemas en el familiar relacionados con el cuidado dependiente del paciente son (10,17, 18):

- El cuidador principal y el paciente desarrollan una relación muy estrecha, quedando excluido el resto de los integrantes de la familia.
- Sobreprotección del enfermo, tratándolo como discapacitado físico o mental.
- La familia ha de asumir, además del trabajo, la función que hasta ese momento había desempeñado el paciente en la propia familia, puede ser el de proveedor económico, o en las funciones del hogar, además de cuidador del enfermo y el de miembro de familia.
- Abandono de las propias necesidades del cuidador, lo que aumenta el cansancio y la situación se convierte más difícil y estresante. Entre más descuide el cuidador las necesidades de descanso, alimentación, diversión, relajación, tendrá mayor dificultad para atender a su familiar.
- Aislamiento social, la familia con un paciente en situación de enfermedad crónica tienen menos tiempo para las relaciones sociales, disminuyen los contactos con los amigos y otras personas, cuando mayor requieren de apoyo emocional.

El cuidador puede experimentar sentimientos, como son (10,14,15,18):

- Enfado, rabia e incluso de frustración, se presenta a consecuencia de la situación por la que están pasando, en este caso la enfermedad, las personas externas o las que no tienen el cuidado directo con el paciente, no tienen la certeza del esfuerzo que es el cuidar y mantener la familia unida, o no poder recibir el suficiente apoyo, etc.
- Hay sentimientos de culpa, esto se puede dar al desquitarse con el mismo paciente, tener un enfado directo hacia él y culparlo de abandonar otras responsabilidades.
- Existe duelo porque se manifiestan diversos cambios en la propia vida, esto se debe a los cambios físicos y emocionales que se desarrollan en el paciente, o por los planes a futuro que se hicieron junto al paciente y que a consecuencia de la enfermedad quizás no se puedan cumplir.

Además, el cuidador puede presentar signos de alarma que indican riesgo de claudicación familiar:

- Síntomas físicos: El cuidador puede presentar insomnio el cual se manifiesta con dificultades para conciliar el sueño o despertar antes de la hora, desarrollan un aumento o disminución del apetito, la persona puede referir que siente palpitaciones, temblores, dolores de cabeza por el mismo estrés, problemas digestivos, pérdida de energía o falta de rendimiento en actividades cotidianas o bien sensación de cansancio continuo.
- Síntomas emocionales: Se presenta un grado de tristeza o depresión, manifiestan ansiedad constante o pérdida de interés por actividades y/o personas, puede haber irritabilidad o bien rabia incontrolable, problemas de memoria, dificultad en la atención y concentración, cambios en el estado de ánimo, puede presentarse aislamiento social o desarrollar pensamientos de auto lesión o de dañar a alguien, también puede presentarse disminución del apetito sexual.
- Síntomas conductuales: Pueden desarrollar conductas como la automedicación o consumo excesivo de bebidas alcohólicas o tabaco, cambio de hábitos en cuanto al autocuidado personal, llega a haber una falta en realizar las responsabilidades, por ejemplo, no presentarse a trabajar, no pagar las facturas, etc., hay una disminución al momento de realizar las actividades cotidianas, no admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas a los cuidados del paciente (15-17).

La carga de trabajo en el cuidador familiar como se observó produce cambios en las relaciones familiares, en el trabajo, en la economía, en el tiempo libre y disponibilidad del mismo, en el estado de ánimo y en el estado de salud. Cuando esto sucede con cierta regularidad se presenta una lucha constante con la enfermedad del paciente, relacionado con lo monótono de las actividades que

puede agotar las reservas de la persona que puede conllevar al desarrollo de actitudes negativas hacia la persona enferma (14,15,18,19).

2.3 Agotamiento Mental

El agotamiento mental, emocional y/o fatiga es un estado de agotamiento físico y psicológico crónico, resultado de un exceso de exigencias personales y un estrés mental continuo (20). Es la sensación de estar emocionalmente exhaustos y agotados por las situaciones del entorno. Suele ser el resultado de una sobrecarga de sucesos estresantes. Cuando el cuidador presenta agotamiento mental o Burnout, se siente muy cansado, es decir, sin las suficientes fuerzas para poder realizar esfuerzos en sus actividades diarias (20, 21).

El agotamiento mental puede presentarse por una actividad física intensa, por una mala alimentación y/o descanso, o bien, como consecuencia de algún tipo de enfermedad o trastorno de la salud (19,20).

Este tipo de agotamiento genera una disminución significativa en cuanto al nivel de atención, lo cual ocasiona que se genere un pensamiento lento disminuyendo el nivel de respuesta a los problemas, y a su vez, esto desarrolla una disminución importante sobre la motivación hacia el trabajo que se está realizando. Estas situaciones producen una disminución en el rendimiento, reducen la actividad y aumentan los errores provocados en la realización de las tareas encomendadas. En el organismo el agotamiento mental produce diversos trastornos psicológicos y psicosomáticos tales como: irritabilidad, inestabilidad emocional, ansiedad, estados depresivos, alteraciones en el sueño. Como alteraciones psicosomáticas pueden producirse: astenia, mareos, dolor de cabeza, dolores musculares, problemas digestivos, alteraciones cardíacas, etcétera (20,21).

Muchas son las circunstancias que ocasionan un agotamiento mental en la persona, la cual puede experimentar distintos síntomas (20):

- 1.- Dificultad para concentrarse o poder conciliar el sueño.

2.- Problemas con la memoria y olvidarse de cosas importantes.

3.- Cambios en el estado de ánimo.

Este tipo de agotamiento mental afecta con mayor frecuencia a las mujeres, haciéndolas más susceptibles a padecer trastornos de ansiedad, la depresión y, en algunos casos, suicidio (14,15,18,21).

El cuidador de un familiar con dependencia sobretodo severa, suele enfrentar momentos críticos asociados con el estrés, el agotamiento, la falta de participación de otros familiares, los que en ocasiones juzgan como jueces, los escasos vínculos sociales, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales, lo que los predispone a presentar en lo que se conoce en la disciplina de enfermería como el cansancio en el rol del cuidador (19,21,22).

Al respecto del estrés en los cuidadores familiares, Maslach y Jackson en su teoría del estrés o agotamiento, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades que exige mucha atención.

La descripción del síndrome de estrés se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, lo refieren como un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros.

El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad,

aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo (23).

Estudios previos han demostrado que los factores situacionales, demográficos, por ejemplo, edad, estado civil, educación y factores personales como la forma de afrontamiento al estrés pueden contribuir al agotamiento mental (24).

2.4 Investigaciones previas

El cuidador principal es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, rol desempeñado por la esposa, esposo, hijo, hija, a un familiar cercano. El trabajo que desempeña el cuidador tiene gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. Generalmente el cuidador familiar no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo (25-27).

Respecto al perfil de los cuidadores se mencionan algunas características, la mayoría son mujeres (83.6%), destacando las amas de casa (44.25%), que van de los 45 a los 65 años de edad, un importante sector lo constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada. Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración (26).

Continuando con el perfil del cuidador, otro estudio con 471 cuidadores familiares canadienses observó que las mujeres prevalecieron como cuidadoras en las familias con 77%, en edad igual o mayor a 45 años 70%, los cuidadores se dedicaban al hogar con 47%, 22% laboraban de tiempo completo y 19% medio tiempo, respecto al parentesco con el enfermo 38% eran cónyuges, 33% eran hijos;

en cuanto al tiempo del cuidado el 62% tenían por lo menos tres años y el 20% más de 10 años (28).

De la misma manera, otros hallazgos internacionales sobre el perfil del cuidador destacan el ser del género femenino en los países de España (78%), Canadá (77%), Chile (86%), Colombia (87%), Cuba (70.5%), (29). En el grupo etario en todos los países fueron los mayores de 35 años (entre 80-100%). En el nivel de escolaridad destacó el nivel de bachillerato en España (51.5%) y en Colombia (70.7%), mientras que en Cuba fue el universitario (49.3%), el resto de los países no proporcionó información. En lo referente al estado civil el tener pareja/estar casado sobresalió en más del 50% de los participantes de Colombia, Chile y Cuba. En la ocupación la dedicación al hogar sobresalió con más del 50% en los países de Colombia y Cuba, y el de ser empleado en España y Canadá. Referente al grado de parentesco en España sobresalieron las madres (37.6%) y otros como amigo (20.8%). En Canadá el ser esposa/o (38%), seguido de hija/o (33%); en Cuba fueron los hijos (73.8%), seguido del rol de esposa/o (13.2%), al igual que en Chile, hijos (52%), esposa/o (23.5%), (29).

Continuando con otros informes internacionales relevantes y semejantes a nuestro trabajo es el realizado en cuidadores turcos que indagó sobre la relación entre el Burnout y los factores sociodemográficos de cuidadores de pacientes con Alzheimer, reportó que en las características predominaron las mujeres con 80%, el nivel de escolaridad de licenciatura (43%), estado civil casado (75%) en el parentesco predominó el ser hija (50%), seguido de esposa (20%). Referente al agotamiento o Burnout las cuidadoras mujeres tuvieron niveles significativos más alto respecto a los hombres ($p < 0.01$), el estado marital y nivel de educación no se relacionaron. Sin embargo, al analizar por separado, el componente realización personal del Burnout si se relacionó con el nivel educativo ($\rho = 0.508$, $p < 0.01$), entre mayor nivel de educación mostró menor puntuación de agotamiento. El tiempo de ser cuidador no se relacionó con ninguno de los componentes del Burnout (30).

Asimismo, la investigación sobre agotamiento mental/Burnout en cuidadores familiares de una localidad de Suecia arrojó que estos tuvieron niveles altos de agotamiento en el 50% de los participantes y el 26% presentó riesgo de presentar Burnout ($p < 0.001$). El 84% de las cuidadoras fueron mujeres (31).

De igual manera otro estudio sobre Burnout en 145 cuidadores familiares brasileños de pacientes con demencia, en el componente de agotamiento emocional tuvieron nivel alto el 42.1%, despersonalización 22.8%, y realización personal 38.6%. La asociación entre los tres componentes del Burnout y las características de los cuidadores mostró una asociación significativamente alta con el agotamiento emocional, las cuidadoras del sexo femenino tuvieron nivel más alto de agotamiento respecto a los cuidadores masculinos ($p < 0.05$). Aquellos cuidadores familiares que presentaron algún síntoma físico además de síntomas emocionales, incluyendo tristeza, ansiedad, Insomnio, irritabilidad y fatiga, presentaron mayor puntuación en agotamiento emocional que los que no informaron sobre dichos síntomas ($p < 0.05$), (32).

Por otra parte, el informe con 270 cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica de Colombia, Argentina y Guatemala, cuyo objetivo fue identificar la habilidad del cuidado, arrojó que en las características de los cuidadores ya fuera en el ambiente del hogar o hospitalario predominó con más de 80% las mujeres, en edad de 36 a 59 años, la edad del paciente era mayor que el cuidador, solo en Guatemala la edad del paciente fue menor. En el tiempo del cuidado prevaleció el de mayor a 37 meses, excepto en los cuidadores argentinos, (22).

Respecto a las características de los cuidadores mexicanos se localizaron dos estudios (Querétaro, Ciudad de México y Guanajuato) que abordaron la sobrecarga del cuidador familiar, aunque no específicamente con agotamiento mental o Burnout pero que apoya en la información. En las características principales destacó que tenían una edad promedio entre 50 a 60 años, la mayoría fueron mujeres (80%),

más de la mitad del total de cuidadores eran de estado civil casado, el 89% se dedicaba al hogar; respecto al parentesco prevaleció el ser hija (67%) y esposa (20%). Respecto al nivel de escolaridad predominó la licenciatura (43%), educación media superior (32%) y educación media (25%). Referente al tiempo del cuidado, el 74% dedicó más de cinco horas por día y en años, 65% tenían más de cinco años (33,34).

Otro trabajo mexicano que sí indagó sobre agotamiento mental o Burnout en los cuidadores familiares, fue el realizado en la ciudad de Tamaulipas cuyo objetivo fue conocer las condiciones personales, de sobrecarga y su relación con el Síndrome de Burnout en 52 cuidadores del adulto mayor. Destacó que 81% fueron mujeres, con una media de edad de 44 años, 38% tenían un rango de edad entre 31-50 años y 37% 51-70 años; 73% tienen de 1 a 6 años cuidando al familiar; 42% dedicaba de 6-15 horas a su cuidado; 31% de 16 a 24 horas; solo 27% ofreció menos de 5 horas al cuidado de su familiar. Además, se mencionó que el 56% de los cuidadores no tuvieron apoyo de ningún tipo, mientras que 2% recibió soporte por medio de otro familiar una vez a la semana en el cuidado. La respuesta acerca de los cambios sufridos por los cuidadores arrojó que 56% tuvieron cambios negativos en su vida (se sentían cansados, no tenían convivencia familiar, no realizaban sus actividades diarias, e incluso no podían cumplir con su trabajo ni tenían tiempo para hacer ejercicio (21).

Respecto al Síndrome de Burnout de acuerdo con el promedio en cada dimensión se obtuvieron los siguientes resultados: En agotamiento mental o cansancio emocional (AE), la mayoría registró un nivel medio; en despersonalización o deshumanización (DP) predominó el nivel bajo. El Síndrome de Burnout mostró bajo riesgo en todas las dimensiones: Agotamiento Emocional 67%, Deshumanización 80% y Realización Personal 73%, aunque más del 20% lo padecía en alguna dimensión (21).

CAPÍTULO III: OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Identificar el nivel de agotamiento mental o Burnout y como se relaciona con las características sociales del cuidador familiar del paciente en situación de enfermedad crónica en un hospital de Hermosillo, Sonora.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociales del cuidador familiar: sexo, edad, estado civil, parentesco, nivel de escolaridad y ocupación.
- Determinar el nivel de agotamiento mental o Burnout y la relación con las características sociales del cuidador familiar

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño del estudio

Diseño no experimental, cuantitativo descriptivo, correlacional y transversal (33).

4.2 Población, muestra y muestreo

La población la conformaron los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica hospitalizados en una institución de derechohabientes de Hermosillo, Sonora. El muestreo fue no probabilístico con 80 cuidadores familiares seleccionados por conveniencia.

4.3 Criterios de inclusión

- Cuidadores hombres y mujeres de 18 años y más,
- Haber desempeñado el rol de cuidador por lo menos durante un mes
- Firmar el consentimiento informado, donde consta su participación voluntaria en el estudio

4.4 Criterios de exclusión y eliminación

- Personas que participen como cuidadores pero que no tengan parentesco con el paciente.
- Cuidadores con alguna discapacidad cognitiva o que no sea capaz de participar en la investigación.
- Cuidadores familiares que participen y decidan dar por concluida su participación antes de que finalice el estudio

4.5 Variables

Variable dependiente

Agotamiento mental o Burnout del cuidador familiar de pacientes hospitalizados en situación de enfermedad crónica

Variable independiente

Características sociales de los cuidadores familiares (sexo, edad, nivel de educación, tipo de parentesco, ocupación)

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES
Nivel de Agotamiento Mental o Burnout		Intensidad con que se presentan un conjunto de sentimientos, emociones, incapacidad relacionados con el trabajo de cuidar a un familiar enfermo	Se medirá con el Cuestionario de Maslach, contiene 22 ítems 0. Nunca o pocas veces al año 1. Una o más veces a la semana 2. Una o varias veces al mes 3. Diariamente Nivel de agotamiento Bajo: <21, Medio 22-45, Alto >45 Variables ordinales
	Cansancio Emocional y Físico	Respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga; en situaciones de incertidumbre o sentimiento de falta de control.	0. Nunca o pocas veces al año 1. Una o más veces a la semana 2. Una o varias veces al mes 3. Diariamente Ítems 9 (CEF1-CEF9) Nivel de agotamiento Bajo ≤9, Medio 10-15, Alto ≥16 Variables ordinales

	Insatisfacción y realización personal	Incapacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función, en relación al anhelo por conseguir la plenitud personal, la satisfacción con la vida que tenemos.	0. Nunca o pocas veces al año 1. Una o más veces a la semana 2. Una o varias veces al mes 3. Diariamente Ítems 8 (I1-I8) Nivel: Bajo ≥ 20 ; Medio 11-19; Alto ≤ 10 Variables ordinales
	Despersonalización	Periodos repetidos en los que se experimenta una sensación de estar desconectado o separado del propio cuerpo y de los pensamientos. Existe una percepción de extrañeza hacia uno mismo.	0. Nunca o pocas veces al año 1. Una o más veces a la semana 2. Una o varias veces al mes 3. Diariamente Ítems 5 (D1-D5) Nivel: Bajo ≤ 5 ; Medio 6-9; Alto ≥ 10
Edad	Años que una persona tiene de vida	Años de edad	Variable Continua
Género	Clase o tipo a la que pertenecen las personas	1) Femenino 2) Masculino	Nominal
Estado civil	Condición en la que se encuentra el sujeto en la sociedad	1) soltero(a) 2) casado(a) 3) divorciado(a) 4) viudo(a) 5) separado(a)	Nominal
Escolaridad	Conjunto de cursos que una persona realiza a lo largo del tiempo	1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) Licenciatura 5) Posgrados	Ordinal
Parentesco	Lazo familiar de una persona con otra	1) Padre 2) Madre 3) Hija/hijo 4) Hermano 5) otro	Nominal

4.6 Instrumento de medición

En la medición del agotamiento mental o Burnout, se usará el Cuestionario de Maslach Burnout, que será adaptado a la población de estudio. Este cuestionario propuesto por Jackson en 1981 se diseñó originalmente para medir el desgaste profesional de los trabajadores, considerando en este estudio al trabajo como el rol que desempeña el cuidador principal. El cuestionario Maslach está validado en los cuidadores mexicanos, mostrando una fiabilidad aceptable de 0.90 (21).

El cuestionario consta de 22 enunciados sobre los sentimientos y actitudes del cuidador hacia el paciente. El cuestionario tiene una duración aproximada de 15 minutos y mide las dimensiones: cansancio emocional y físico (9 ítems), despersonalización (5 ítems), insatisfacción y realización personal (8 ítems), las respuestas son en escala tipo Likert, con los valores:

0. Nunca o pocas veces al año respuestas
1. Una o más veces a la semana
2. Una o varias veces al mes
3. Diariamente

La puntuación global del cuestionario es de 66 puntos, en donde un mayor puntaje indica nivel alto de agotamiento mental. Las categorías y puntuaciones de agotamiento mental son nivel bajo (≤ 21) nivel medio (22-45) y nivel alto (>45). Respecto a niveles y puntuaciones de las dimensiones: cansancio emocional y físico: nivel bajo ≤ 9 , nivel medio 10-15, alto ≥ 16 ; despersonalización: nivel bajo ≤ 5 ; Medio 6-9; Alto ≥ 10 y los niveles en la dimensión insatisfacción y realización personal: bajo ≥ 20 , medio 11-19 y alto ≤ 10 , las puntuaciones en esta dimensión se invierten, es decir, a mayor puntuación menor nivel de insatisfacción.

4.7 Procedimiento de recolección de información

- Se sometió a evaluación el proyecto al Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería.

- Presentación y autorización del proyecto por las autoridades del hospital y se informó al personal de Enfermería
- Se invitó a los familiares de los pacientes a participar, explicando la importancia de la investigación y la obtención del consentimiento informado
- Aplicación de cuestionarios a los cuidadores familiares que aceptaron participar.
- Los datos se recolectaron en la salita de espera y en la central de enfermería de los servicios de hospitalización
- Se analizaron los resultados
- Se participó en Congreso Internacional de Enfermería con la difusión del proyecto de investigación
- Se elaboró el informe de investigación

4.8 Análisis de datos

En el análisis de los datos se utilizó el Programa Estadístico en Ciencias Sociales para Windows IBM-SPSS v-22.

En las variables categóricas se usó distribución de frecuencia y porcentajes, en las variables numéricas medidas de tendencia central y variabilidad como son media, mediana, desviación estándar. En el análisis de la variable independiente se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov, como no se obtuvo normalidad en los datos de dos de las dimensiones del agotamiento mental o Burnout se utilizó estadística no paramétrica, para responder al objetivo de identificar la relación entre el agotamiento mental y las características sociales del cuidador familiar, se emplearon las pruebas de correlación de Spearman, U de Mann-Whitney, y Kruskal Wallis.

4.9 Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (36), el informe Belmont, en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación

Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud (37); y a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud (38), esta investigación se clasificó sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I, artículo 17, fracción I, del citado Reglamento, dado que se no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros. Este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

La investigación se llevó a cabo posterior a la obtención del consentimiento informado por escrito (Anexo 2) de los individuos que participaron en la investigación como lo contempla el artículo 23, y la autorización verbal de las autoridades de la institución de salud, relacionado con el artículo 14 en sus fracciones V y VI. Se obtuvo además el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad Sonora, y la autorización de la institución de salud donde se realizó el estudio, referente al artículo 14, fracciones VII y VIII.

Durante el estudio prevaleció el criterio de respeto a la dignidad de los participantes en la investigación dado que se estableció comunicación con trato profesional, además se preservó la protección de sus derechos y bienestar como lo dispone el Capítulo 1, artículo 13 del citado reglamento, para lo cual, se les explicó claramente la justificación y objetivos de la investigación, así como el procedimiento para participar en ella; además se les dio garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que esto afectara sus actividades laborales.

El investigador informó a los participantes, sobre los aspectos pertinentes del estudio, se procedió a comentar y responder dudas para posteriormente solicitar el consentimiento verbal, certificando así que la información fue explicada con precisión y comprendida por el participante.

Como lo indica el artículo 14, fracción VI, el investigador, tiene preparación y experiencia para llevar a cabo con éxito esta investigación, de igual manera posee conocimientos bioéticos y legales para conducir la investigación éticamente.

En correspondencia al artículo 16 del mismo reglamento, el investigador preservó la confidencialidad y privacidad del participante implementando garantías en contra de daños potenciales que resultaran en la invasión de la privacidad o de una violación de la confidencialidad. La base de datos se conformó empleando identificadores blindados (folios) y nunca utilizando el nombre de los participantes. Una vez que se obtuvo la información los formularios quedaron bajo resguardo de la investigadora responsable del estudio. A los participantes que tuvieron interés en conocer los resultados de forma personal de su cuestionario en relación al agotamiento mental o Burnout se les informó de manera verbal o mediante el correo electrónico o de manera personal en un plazo menor a los 30 días después de la aplicación del cuestionario.

La información que se obtuvo en el estudio fue mantenida bajo estricta confidencialidad de acuerdo a lo establecido por la ley. Esta información sólo fue accesible para el grupo de investigadores involucrado en este proyecto y fue utilizada exclusivamente para propósitos de la presente investigación. Los cuestionarios solo fueron procesados en el área de trabajo asignada para tal fin de donde nunca se extrajeron. Los equipos de cómputo, cuestionarios, registros del estudio y archivos electrónicos se mantuvieron bajo resguardo del investigador principal Lic. Enf. Adriana Gámez en un archivero bajo llave y en archivos de computadora que sólo fueron accesibles con el uso de una contraseña confidencial; los resultados podrán transferirse a otros investigadores siempre que la confidencialidad pueda asegurarse.

Para dar cumplimiento al artículo 58 fracción I y II, el participante contó con la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decidió, sin que ello afectara su relación en la institución de salud y sin perjuicio alguno.

Por último, el investigador declaró no tener conflicto de interés actual o potencial, de tipo profesional o financiero, que influya en el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Características y niveles de agotamiento mental en los cuidadores familiares. Análisis descriptivo

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los cuidadores familiares

Variables	<i>fr</i>	%	<i>media (DE)</i>
Sexo			
Masculino	23	28.7	
Femenino	57	71.3	
Edad			59.9 (8.2)
31-55 años	22	27.5	
56-64 años	34	42.5	
>64 años	24	30.0	
Estado civil			
Soltero	1	1.3	
Casado	76	95.0	
Unión libre	3	3.7	
Parentesco			
Esposo/a	63	78.8	
Hermano/a	4	5.0	
Hijo/a	13	16.3	
Nivel de escolaridad			
Primaria	16	20.0	
Secundaria	30	37.5	
Preparatoria	21	26.3	
Carrera técnica o licenciatura	13	14.2	
Ocupación			
Hogar/ama de casa	11	13.8	
Empleado	13	16.3	
Pensionado	36	45.0	
Jubilado	20	25.0	

Fuente: Cuestionario

n= 80

La tabla anterior muestra que del total de los cuidadores familiares 71.3% (57) fueron del sexo femenino y 28.7% (23) del sexo masculino. La edad promedio de los cuidadores fue de 59.9 ± 8.2 años, mediana 60 años, y rango de edad entre 31 y 80 años, de los cuales sobresalió el de 56 a 64 años (42.5%). Con respecto al nivel de escolaridad se destaca los estudios de secundaria y bachillerato con 37.5% y 26.3% respectivamente, en el parentesco los cuidadores tuvieron en primer lugar el rol de esposa/o 78.8%, seguido de hija/o 16.3%.

5.2 Agotamiento mental o Burnout de los cuidadores familiares

Como se aprecia en la tabla 2 los resultados según las categorías de respuesta en los reactivos de agotamiento mental (global) y sus dimensiones denotan que las puntuaciones 1-2 correspondiente a las opciones una vez al mes y una o más veces a la semana predominaron, sobre todo en la dimensión de tensión emocional promedio 2.08 ± 0.56 , mediana 2. Este análisis se complementa con la tabla 3 de distribución de frecuencias y porcentaje en cada uno de los reactivos de la escala según las categorías de respuesta.

Tabla 2.

Análisis descriptivo según las categorías de respuesta en la escala de Agotamiento Mental, en los cuidadores familiares de paciente con enfermedad crónica

Agotamiento mental y Dimensiones	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Agotamiento mental (puntuación global)	1.66	0.50	2.00	1	3
Cansancio emocional	2.08	0.56	2.00	1	3
Despersonalización	1.35	0.53	1.00	1	3
Insatisfacción y realización personal	1.19	0.45	1.19	1	3

Fuente: Cuestionario

n=80

Tabla 3

Frecuencia de respuesta en los ítems de Agotamiento mental en los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica

Agotamiento mental (ítems)	Nunca o pocas veces al año		≥1 veces por mes		≥1 veces por semana		Diario	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
CEF1 Me siento emocionalmente agotado por el cuidado que doy a mi familiar	1	1.3	37	46.3	33	41.3	9	11.3
CEF2 Me siento cansado al final del cuidado de mi familiar	2	2.5	38	47.5	31	38.8	9	11.3
CEF3 Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que cuidar a mi familiar	6	7.5	44	55.0	40	50.0	4	5.0
CEF Trabajar todo el día con mi familiar es un gran esfuerzo	10	12.5	37	33.8	40	50.0	3	3.8
CEF5 Me siento “asfixiado” por el cuidado a mi familiar	17	21.3	20	25.0	39	48.8	4	5.0
CEF6 Me siento frustrado por el cuidado	15	18.8	23	28.7	39	48.8	3	3.8
CEF7 Creo que estoy trabajando demasiado con mi familiar	8	10.0	38	47.5	29	36.3	5	6.3
CEF8 Cuidar a mi familiar, me tensa, me hace sentir con nervios	10	12.5	39	48.8	22	27.5	9	11.3
CEF9 Me siento acabado, sin fuerzas	4	5.0	35	43.8	26	32.5	15	18.8
D1 Creo que trato a mi familiar como si fuera objeto impersonal	29	36.3	15	18.8	34	42.5	2	2.5
D2 Me he vuelto más insensible con la gente últimamente	28	35.0	13	16.3	37	46.3	2	2.5
D3 Me preocupa el hecho de que este cuidado me endurezca emocionalmente	33	41.3	10	12.5	34	42.5	3	3.8
D4 Realmente no me preocupa lo que le ocurra a mi familiar	39	48.8	12	15.0	27	33.8	2	2.5
D5 Siento que mi familiar me culpa por algunos de sus problemas	10	12.5	24	30.0	35	43.8	11	13.8
I1 Me siento activo, con energía	28	35.0	23	28.7	26	32.5	3	3.8
I2 Comprendo fácilmente cómo se siente mi familiar	26	32.5	11	13.8	40	50.0	3	3.8
I3 Trato muy eficazmente los problemas de mi familiar	32	40.0	13	16.3	33	41.3	2	2.5
I4 Creo que influyo positivamente en mi familiar, con el cuidado que brindo	28	35.0	8	10.0	43	53.8	1	1.3
I5 Puedo crear fácilmente una ambiente relajado con mi familiar	25	31.3	7	8.8	45	56.3	3	3.8
I6 Me siento motivado después de cuidar a mi familiar	35	43.8	13	16.3	30	37.5	2	2.5
I7 Creo que consigo cosas valiosas con el cuidar a mi familiar	31	38.8	10	12.5	37	46.3	2	2.5
I8 En el cuidado de mi familiar trato los problemas emocionales con mucha calma	19	23.8	16	20.0	43	53.8	2	2.5

Fuente: Cuestionario

n=80

Como se aprecia en la tabla, en la dimensión de Cansancio emocional y físico (CEF1-CEF9), los reactivos con mayor frecuencia señalados por los familiares fueron: me siento fatigado cuando me levanto de la cama para ir a cuidar a mi familiar (por lo menos una vez al mes con 55%, y una vez por semana 50%). Seguidamente el 50% reconoció por lo menos una vez a la semana ser un gran esfuerzo el cuidar a su familiar, con la misma periodicidad de por lo menos 1 vez por semana señalaron con 48% el sentirse asfixiado y frustrado por el cuidado al familiar, respectivamente.

En la dimensión de despersonalización (D1-D5) los participantes se percibieron más insensibles últimamente por lo menos 1 vez a la semana 46.3% y sentir que su familiar los culpa por sus problemas 43.8%. Mientras que en la dimensión Insatisfacción y realización personal (I1-I8) las opciones más frecuentes fueron 1 vez/semana, especialmente lo referente a puedo crear una atmosfera relajada alrededor de mi familiar (56.3%), siento que influyo positivamente en mi familiar con el cuidado que le doy (53.8%).

La tabla 4, describe de manera global, las puntuaciones que se obtuvieron de la escala de agotamiento mental. Se aprecia que las puntuaciones medias predominaron. La puntuación global en la escala es decir en agotamiento mental tuvo una media de 25.24 ± 6.29 , mediana de 24.00 puntos, puntuación mínima 16 y máxima 50, lo que indica que en los cuidadores familiares de los pacientes tienen un nivel medio de agotamiento mental y algunos, aunque pocos participantes tuvieron puntuación alta. De la misma forma los resultados en las dimensiones de Cansancio emocional y físico. Así como en despersonalización, los resultados fueron similares puntuación media 13.18 ± 3.22 , mediana 13 vs 5.85 ± 2.09 , reflejando que los cuidadores familiares tienen nivel medio de agotamiento. Por el contrario, en la dimensión de Insatisfacción y realización personal destacó puntuación media 9.36 ± 4.05 y la mediana 10, que indica puntuación baja, que se traduce que los cuidadores familiares perciben un nivel bajo de Insatisfacción (recordando que en esta dimensión la interpretación de los valores se invierte, a mayor puntuación menor nivel de insatisfacción y realización personal).

Tabla 4.

Estadísticas según la puntuación global y por dimensiones del agotamiento mental o Burnout de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica

<i>Agotamiento mental</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mediana</i>	<i>IC 95%</i>		<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
				<i>LI</i>	<i>LS</i>		
Agotamiento puntuación Global	25.24	6.29	24.00	23.84	26.64	16	50
Cansancio emocional y físico	13.18	3.22	13.00	12.46	13.89	3	20
Despersonalización	5.85	2.09	6.00	5.38	6.32	1	11
Insatisfacción y realización personal	9.36	4.05	10.00	8.46	10.26	0	24

Fuente: Cuestionario

n=80

DE, desviación estándar; IC, intervalo de confianza; LI ,límite inferior, LS, límite superior

En relación al agotamiento mental y en cada una de las dimensiones la Tabla 5 muestra la distribución de frecuencia según los niveles presentados en los cuidadores, en el agotamiento mental o Burnout predominó el nivel medio 68.70%, seguido del nivel bajo 30.00%. Gráfico 1

En la dimensión de Cansancio emocional y físico es decir sentirse exhausto emocionalmente por el cuidado que brinda al familiar, 67.50% de los cuidadores tuvieron nivel medio y el nivel alto lo presentaron el 20.00%. Gráfico 2

Con respecto a la dimensión de despersonalización referente al reconocimiento de actitudes de frialdad y distanciamiento, el 67.50% sobresalió con nivel bajo y nivel medio 30.00%. Gráfico 3.

Asimismo la dimensión de Insatisfacción y realización personal que estima los sentimientos de autoeficacia y realización personal con el cuidado que brinda, la mayoría de los cuidadores tuvo nivel bajo 77.50%, seguido de nivel medio 18.75%. lo que indica nivel alto de agotamiento mental en esta dimensión Gráfico 4

Tabla 5

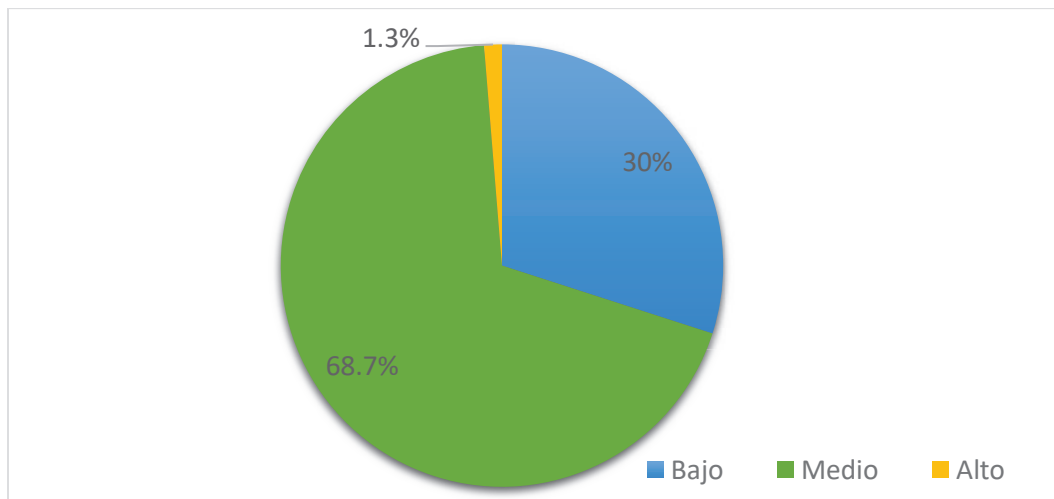
Niveles de agotamiento mental, según las dimensiones en los cuidadores familiares

Agotamiento mental, dimensiones y niveles	<i>fr</i>	%
Agotamiento mental o Burnout		
Nivel alto (≥ 45)	1	1.30
Nivel medio (22-44)	55	68.70
Nivel bajo (≤ 21)	24	30.00
cansancio emocional y físico		
Nivel alto (≥ 16)	16	20.00
Nivel medio (10-15)	54	67.50
Nivel bajo (≤ 9)	10	12.50
Despersonalización		
Nivel alto (≥ 10)	2	2.50
Nivel medio (6-9)	24	30.00
Nivel bajo (≤ 5)	54	67.50
Insatisfacción y realización personal		
Nivel alto (≤ 10)	3	3.75
Nivel medio (11-19)	15	18.75
Nivel bajo (≥ 20)	62	77.50

Fuente: Cuestionario n=80

Grafico 1.

Nivel de agotamiento mental o Burnout en los cuidadores familiares

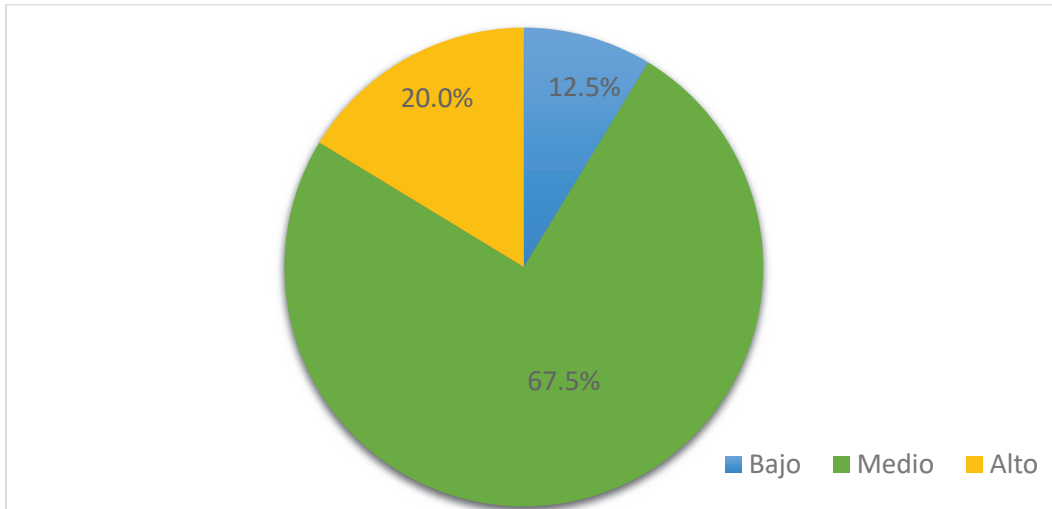


Fuente: Cuestionario

n=80

Gráfico 2.

Nivel de Cansancio emocional y físico en los cuidadores familiares

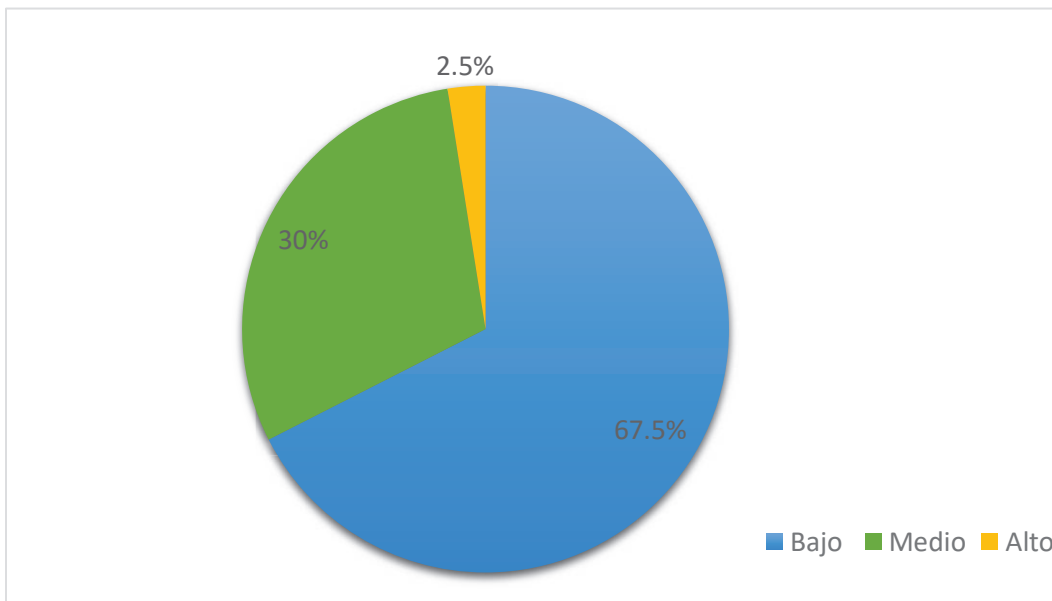


Fuente. Cuestionario

n=80

Gráfico 3

Nivel de despersonalización en los cuidadores familiares

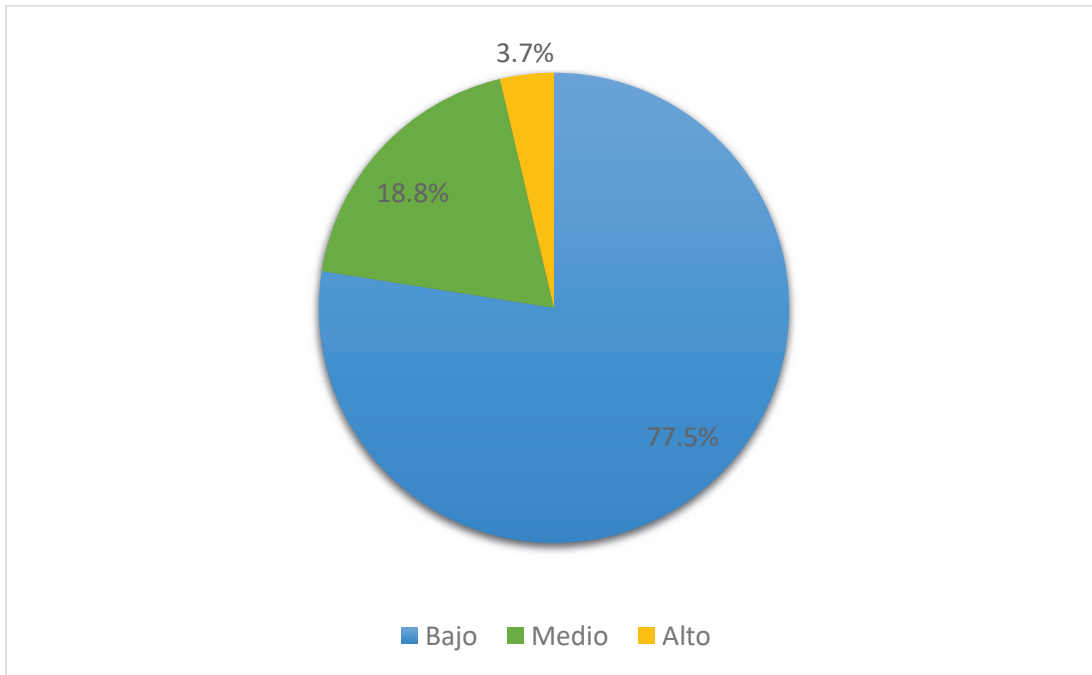


Fuente. Cuestionario

n=80

Grafico 4

Nivel de insatisfacción y realización personal en los cuidadores familiares



Fuente. Cuestionario

n=80

Análisis inferencial

5.3 Relación entre los niveles de agotamiento mental y las características en los cuidadores.

Antes de exponer los resultados entre la relación de variables, se muestra las pruebas de normalidad de la variable de estudio. La tabla 6 muestra que solo la dimensión de insatisfacción y realización personal cumple con el criterio de normalidad ($p > 0.05$), situación contraria en el resto de las variables. Lo que justifica el empleo de estadística no paramétrica en el análisis de relación entre las variables.

Tabla 6

Pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Agotamiento mental y dimensiones	Valor <i>p</i>
Agotamiento mental. Puntuación global	0.009
Cansancio emocional y físico	0.000
Despersonalización	0.000
Insatisfacción y realización personal	0.200

En la tabla siguiente 7 se muestra que en el Agotamiento mental global o Burnout el rango promedio de la mediana fue mayor en los hombres que en las mujeres (41.70 vs 40.02; $U = 628.0$, $p = 0.717$), al igual que en la dimensión de Despersonalización (42.76 vs 39,59; $U = 603.5$, $p = 0.498$). Por el contrario, en la dimensión de Cansancio emocional físico las mujeres presentaron una mediana mayor respecto de los hombres (41.04 vs 39,15; $U = 624.5$, $p = 0.044$), al igual que en la dimensión de Insatisfacción personal (41.60 vs 37.78; $U = 593.0$, $p = 0.361$). Los datos de los valores de p indican que en el agotamiento mental global y las dimensiones de despersonalización e insatisfacción no presentan significancia

estadística ($p>0.05$), pero en la dimensión de tensión emocional y cansancio físico la diferencia entre las medianas si fue significativa. Por tanto, se afirma que los niveles de Cansancio emocional y físico si se relacionan con el sexo, en donde el nivel alto lo presentan las mujeres

Tabla 7

Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout y dimensiones, con el sexo de los cuidadores familiares

Agotamiento mental, dimensiones y niveles	Sexo						U	p
	Femenino			Masculino				
	f	%	Mdn	f	%	Mdn		
Agotamiento Mental o Burnout			40.02			41.70	628.0	0.741
Nivel alto (≥ 45)	1	1.8		0	0.0			
Nivel medio (22-44)	36	63.1		15	65.2			
Nivel bajo (≤ 21)	20	35.1		8	34.8			
Cansancio emocional y físico			41.04			39.15	624.5	0.044
Nivel alto (≥ 16)	14	24.6		2	8.7			
Nivel medio (10-15)	34	59.6		20	87.0			
Nivel bajo (≤ 9)	9	15.8		1	4.3			
Despersonalización			39.59			42.76	603.5	0.498
Nivel alto (≥ 10)	2	3.5		0	0.0			
Nivel medio (6-9)	15	26.3		9	39.1			
Nivel bajo (≤ 5)	40	70.2		14	60.9			
Insatisfacción y realización personal			41.60			37.78	593.0	0.361
Nivel alto (≤ 10)	3	5.3		0	0.0			
Nivel medio (11-19)	8	14.0		7	30.4			
Nivel bajo (≥ 20)	46	80.7		16	69.6			

n=80

Fuente: Cuestionario

*Valor de p para diferencia de medianas, prueba U de Mann-Whitney

Tabla 8

Relación entre la puntuación del agotamiento mental y dimensiones con la edad de los cuidadores familiares

Agotamiento mental y dimensiones	Edad	
	Correlación	Valor p
Agotamiento mental. Puntuación global	-0.084	0.457*
Cansancio emocional y físico y	-0.042	0.713*
Despersonalización	0.358	0.001*
Insatisfacción y realización personal	-0.289	0.009**

n=80

*Valor de p Rho de Spearman,

Fuente: Cuestionario

**Valor de p Correlación Pearson

La tabla 8 observa la relación entre las variables de agotamiento mental y la edad, apreciándose que la dimensión de despersonalización tiene una relación débil y significativa con la edad, al igual que la dimensión de insatisfacción y realización personal que tiene una relación débil, inversa y significativa con la edad.

Para facilitar la comprensión de este hallazgo, enseguida la tabla 9, muestra la relación entre los niveles de agotamiento mental y sus dimensiones pero con los grupos de edad de los cuidadores familiares. Los datos denotan que a menor edad de los cuidadores el nivel de agotamiento mental se incrementa. Como se aprecia en la diferencia de las medianas mayores en el grupo de 31-55 años, respecto a los otros grupos etarios: Agotamiento mental global *Mdn* 47.57 vs 38.85 y 36.35; Cansancio emocional y físico *Mdn* 42.85 vs 40.85 y 37.88. Las diferencias de las medianas fueron más extremas en la Insatisfacción personal *Mdn* 53.50 vs 38.40 y 31.56, solo esta última dimensión se relacionó de manera estadísticamente significativa ($H=10.836$, $p=0.004$). Es decir si existe relación entre los niveles de insatisfacción personal con el grupo de edad de los cuidadores familiares. En donde los de menor edad (31-55 años) presentaron una mediana mayor en la puntuación

de insatisfacción y realización personal, indicando que son los que tienen un nivel bajo en este aspecto, y viceversa los de mayor edad (≥ 56 años) tuvieron una mediana menor que indica una mayor insatisfacción relacionada con el cuidado que brindan al familiar

Tabla 9

Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout y dimensiones, con el grupo de edad de los cuidadores familiares

Agotamiento mental, dimensiones y niveles	Grupo de edad (años)									H	p
	31-55			56-63			≥ 64				
	f	%	Mdn	f	%	Mdn	f	%	Mdn		
Agotamiento Mental o Burnout			47.57			38.85			36.35	2.988	0.224
Nivel alto (≥ 45)	1	1.3		0	0.0		0	0			
Nivel medio (22-44)	16	20.0		21	26.3		18	22.5			
Nivel bajo (≤ 21)	5	6.3		13	16.3		6	7.5			
Cansancio emocional y físico			42.85			40.85			37.88	0.781	0.677
Nivel alto (≥ 16)	7	8.8		6	7.5		3	3.8			
Nivel medio (10-15)	11	13.8		25	31.3		18	22.5			
Nivel bajo (≤ 9)	4	5.0		3	3.8		3	3.8			
Despersonalización			36.95			37.82			47.54	4.758	0.093
Nivel alto (≥ 10)	1	1.3		0	0.0		1	1.3			
Nivel medio (6-9)	4	5.0		9	11.3		11	13.8			
Nivel bajo (≤ 5)	17	21.3		25	31.3		12	15.0			
Insatisfacción personal			53.50			38.40			31.56	10.836	0.004
Nivel alto (≤ 10)	3	3.8		0	0.0		0	0.0			
Nivel medio (11-19)	5	6.3		7	8.8		7	3.8			
Nivel bajo (≥ 20)	14	17.5		27	33.8		27	26.3			

Valor de p para diferencia de medianas, prueba de Kruskal Wallis
n=80

Fuente: Cuestionario

Tabla 10

Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout, dimensiones, según el estado civil de los cuidadores familiares

Agotamiento mental, dimensiones y niveles	Estado civil									H	p
	Soltero			Casado			Unión libre				
	f	%	Mdn	f	%	Mdn	f	%	Mdn		
Agotamiento Mental o Burnout			14.50			41.35			27.67	3.249	0.197
Nivel alto (≥ 45)	0	0.0		1	1.3		0	0.0			
Nivel medio (22-44)	0	0.0		50	62.5		1	1.3			
Nivel bajo (≤ 21)	1	1.3		25	31.3		2	2.5			
Cansancio emocional y físico			6.50			40.55			50.50	2.739	0.254
Nivel alto (≥ 16)	0	0.0		15	18.8		0	0.0			
Nivel medio (10-15)	0	0.0		52	65.0		2	2.5			
Nivel bajo (≤ 9)	1	1.3		9	11.3		1	1.3			
Despersonalización			27.50			41.18			27.50	1.196	0.372
Nivel alto (≥ 10)	0	0.0		2	62.5		0	0.0			
Nivel medio (6-9)	0	0.0		24	30.0		0	0.0			
Nivel bajo (≤ 5)	1	1.3		50	2.5		3	3.8			
Insatisfacción personal			49.50			40.03			49.50	3.811	0.149
Nivel alto (≤ 10)	0	0.0		3	3.8		0	0.0			
Nivel medio (11-19)	0	0.0		15	18.8		0	0.0			
Nivel bajo (≥ 20)	1	1.3		58	72.5		3	3.8			

Valor de p para diferencia de medianas, prueba de Kruskal Wallis Fuente: Cuestionario n=80

La tabla 10 explica que en los resultados de la relación entre los niveles de agotamiento mental global la diferencia de la mediana fue mayor en el estado civil casado (Mdn 41.35, $H=3.249$, $p=0.197$), en la dimensión de Cansancio emocional y físico la mediana fue mayor en los de unión libre (Mdn 41.35, $H=3.249$, $p=0.254$). En la dimensión de despersonalización destacó el casado con Mdn 41.18, $H=1.196$, $p=0.372$; y en la dimensión de insatisfacción personal las medianas fueron igual en aquellos de estado civil soltero y de unión libre (Mdn 49.50, $H=3.811$, $p=0.149$). Por

tanto se afirma que con estos datos las diferencias entre las medianas según los niveles de agotamiento mental y dimensiones son independientes del estado civil, por lo tanto no se puede afirmar que exista relación entre los niveles de agotamiento mental y sus dimensiones con el estado civil de los cuidadores.

Tabla 11

Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout, dimensiones, según el tipo de parentesco de los cuidadores familiares

Agotamiento mental, dimensiones y niveles	Tipo de parentesco									H	p
	Esposa/o			Hermana/o			Hija/o				
	f	%	Mdn	f	%	Mdn	f	%	Mdn		
Agotamiento Mental o Burnout			41.25			34.25			38.81	0.606	0.739
Nivel alto (≥ 45)	1	1.3		0	0.0		0	0.0			
Nivel medio (22-44)	41	51.2		2	2.5		8	10.0			
Nivel bajo (≤ 21)	21	26.3		2	2.5		5	6.3			
Cansancio emocional y físico			40.10			29.50			45.81	2.334	0.311
Nivel alto (≥ 16)	12	15.0		0	0.0		4	5.0			
Nivel medio (10-15)	43	53.8		3	3.8		8	10.0			
Nivel bajo (≤ 9)	8	10.0		1	1.3		1	1.3			
Despersonalización			41.53			37.25			36.50	0.883	0.643
Nivel alto (≥ 10)	2	2.5		0	0.0		0	0.0			
Nivel medio (6-9)	20	25.0		1	1.3		3	3.8			
Nivel bajo (≤ 5)	41	51.2		3	3.8		10	12.5			
Insatisfacción personal			40.62			47.25			37.85	0.777	0.678
Nivel alto (≤ 10)	2	2.5		0	0.0		1	1.3			
Nivel medio (11-19)	18	22.5		2	2.5		2	2.5			
Nivel bajo (≥ 20)	43	53.8		2	2.5		10	12.5			

Valor de p para diferencia de medianas, prueba de Kruskal Wallis Fuente: Cuestionario n=80

Referente a los resultados de la relación entre los niveles de agotamiento mental, sus dimensiones con el grado de parentesco, se observa en la tabla 11 que en los

niveles de agotamiento mental y el estado civil de esposa el promedio de la mediana fue mayor ($Mdn= 41.25$, $H=0.606$, $p=0.739$), en Cansancio emocional y físico, la hija/o tuvo mediana mayor ($Mdn= 45.81$ $H=2.334$, $p=0.311$), despersonalización el rol de esposa tuvo mediana mayor ($H=0.883$, $p=0.643$), en insatisfacción y reconocimiento personal, la mediana mayor fue el rol de hermana ($H=0.777$, $p=0.678$), no existe diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las puntuaciones de los niveles de agotamiento mental y sus dimensiones con el grado de parentesco de los cuidadores. Lo que significa que el ser esposa/o, hermana/o hija/o, es independiente del nivel de agotamiento mental de quienes cuidan al paciente.

Enseguida la tabla 12 muestra los hallazgos de la relación entre los niveles de agotamiento mental y sus dimensiones con el nivel de escolaridad de los cuidadores. En los niveles de Agotamiento global o Burnout, la escolaridad de primaria sobresalió en el promedio de la mediana mayor ($Mdn=40.47$, $H=0.087$, $p=0.933$). En Cansancio emocional y físico la mediana mayor la ocupó los cuidadores con estudios de preparatoria ($Mdn=43.07$, $H=1.893$, $p=0.595$); mientras que en la dimensión de Despersonalización fue para los de nivel primaria ($Mdn= 43.84$, $H=3.591$, $p=0.309$) y en la dimensión de Insatisfacción personal fue para los cuidadores con estudios de carrera ($Mdn= 42.68$, $H=1.483$, $p=0.686$).

En general las medianas en las diferentes dimensiones y niveles de agotamiento no muestran diferencias estadísticas significativas. Por tanto, el tener un nivel básico de formación académica vs los estudios superiores es independiente de los niveles de agotamiento mental en los cuidadores familiares de los pacientes.

Tabla 12

Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout, dimensiones, según el Nivel de Escolaridad de los cuidadores familiares

Agotamiento mental, dimensiones y niveles	Nivel de Escolaridad												H	p
	Primaria			Secundaria			Preparatoria			Carrera				
	f	%	Mdn	f	%	Mdn	f	%	Mdn	f	%	Mdn		
Agotamiento Mental o Burnout	0	0.0	40.47	0	0.0	39.67	1	1.3	39.05	0	0.0	38.50	0.087	0.993
Nivel alto (≥ 45)	11	13.8		20	25.0		12	15.0		8	10.1			
Nivel medio (22-44)	5	6.3		10	12.5		8	10.0		5	6.3			
Nivel bajo (≤ 21)														
Cansancio emocional y físico			38.16			36.58			43.07			42.59	1.892	0.595
Nivel alto (≥ 16)	1	1.3		5	6.3		7	8.8		3	3.8			
Nivel medio (10-15)	15	18.8		20	25.0		11	13.8		8	10.1			
Nivel bajo (≤ 9)	0	0.0		5	6.3		3	3.8		2	2.6			
Despersonalización			43.84			40.25			39.83			30.50	3.591	0.309
Nivel alto (≥ 10)	0	0.0		1	1.3		0	0.0		1	1.3			
Nivel medio (6-9)	7	8.8		9	11.3		7	8.8		1	1.3			
Nivel bajo (≤ 5)	9	11.3		20	25.0		14	17.5		11	13.8			
Insatisfacción personal			35.03			39.63			41.05			42.68	1.483	0.686
Nivel alto (≤ 10)	0	0.0		1	1.3		1	1.3		1	1.3			
Nivel medio (11-19)	3	3.8		8	10.0		6	7.5		5	6.5			
Nivel bajo (≥ 20)	13	16.3		21	26.3		14	17.5		7	8.8			

Valor de p para diferencia de medianas, prueba de Kruskal Wallis Fuente: Cuestionario

n=80

Tabla 13

Relación entre el nivel de agotamiento mental o Burnout, dimensiones, según la ocupación de los cuidadores familiares

Agotamiento mental, dimensiones y niveles	Ocupación													
	Hogar			Empleado			Pensionado			Jubilado				
	f	%	Mdn	f	%	Mdn	f	%	Mdn	f	%	Mdn	H	p
Agotamiento Mental o Burnout			42.32			44.85			41.99			34.00	2.248	0.523
Nivel alto (≥ 45)	1	1.3		0	0.0		0	0.0		0	0.0			
Nivel medio (22-44)	6	7.5		9	11.3		25	31.3		11	13.8			
Nivel bajo (≤ 21)	4	5.0		4	5.0		11	13.8		9	11.3			
Cansancio emocional y físico			49.64			46.15			38.58			35.25	3.794	0.285
Nivel alto (≥ 16)	2	2.5		4	5.0		7	8.8		3	3.8			
Nivel medio (10-15)	9	11.3		7	8.8		24	30.0		14	17.5			
Nivel bajo (≤ 9)	0	0.0		2	2.5		5	6.3		3	3.8			
Despersonalización			33.36			33.31			49.97			32.05	11.302	0.010
Nivel alto (≥ 10)	0	0.0		1	1.3		1	1.3		0	0.0			
Nivel medio (6-9)	3	3.8		1	1.3		16	20.0		4	5.0			
Nivel bajo (≤ 5)	8	10.0		11	13.8		19	23.8		16	20.0			
Insatisfacción personal			44.18			49.77			36.86			39.00	3.348	0.341
Nivel alto (≤ 10)	9	11.3		10	12.5		31	38.8		1	1.3			
Nivel medio (11-19)	1	1.3		3	3.8		4	5.0		5	6.5			
Nivel bajo (≥ 20)	1	1.3		0	0.0		1	1.3		7	8.8			

Valor de p para diferencia de medianas, prueba de Kruskal Wallis

Fuente: Cuestionario n=80

La tabla 13 contiene la descripción del Agotamiento mental global o Burnout, sus dimensiones y niveles según la ocupación de los cuidadores familiares. Se puede observar que en las diferencias de las medianas de las puntuaciones los promedios mayores fueron en el agotamiento mental global la ocupación de empleado, y la menor los jubilados ($Mdn= 44.85$ vs 34.00 , $H= 2.248$, $p=0.523$). En tanto que en Cansancio emocional y físico la ocupación de hogar tubo la mediana más alta y la menor también fue para los jubilados ($Mdn= 49.64$ vs 35.25 , $H= 3.794$, $p=0.285$). Ahora bien, en las dimensiones y niveles de Despersonalización los pensionados tuvieron la mediana más alta y la menor los jubilados (49.97 vs 32.05 , $H=11.302$, $p=0.010$), y, con respecto a la dimensión y niveles de Insatisfacción personal la mediana mayor la ocupó los empleados y la menor los jubilados (49.77 vs 36.86 , $H=3.348$, $p=0.341$).

Se puede afirmar con estos datos que los niveles de Agotamiento mental global y sus dimensiones en Cansancio emocional e Insatisfacción personal no se relacionan con la ocupación de los familiares ($p>0.05$). En cambio la dimensión de Despersonalización y ocupación si se relacionan ($p=0.01$) siendo los jubilados los que tuvieron mayor puntuación en la mediana.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

La enfermedad crónica en el paciente y sobre todo cuando esta se agudiza, genera un gran impacto en el mismo paciente y su entorno, con frecuencia la familia asume el cuidado no profesional del enfermo. Cuidar a un miembro de la familia es una tarea exigente y representa una tensión considerable para la persona que lo cuida. Estudios previos mencionan que la persona al tener bajo su responsabilidad el cuidado de otro familiar por periodos prolongados y la exigencia continua de éste, conlleva a que se afecte su estado de salud y al riesgo de desarrollar agotamiento mental a corto y/o largo plazo (10, 14, 17-19, 22, 30-32).

El presente estudio identificó el agotamiento mental o Burnout, los niveles y dimensiones (cansancio emocional y físico, despersonalización, insatisfacción y realización personal) y su relación con las características de los cuidadores familiares. Las evidencias empíricas sobre agotamiento mental o Burnout en los cuidadores familiares son escasos sobretodo en nuestro país, solo se localizó el estudio sobre Burnout en cuidadores informales de la ciudad de Tamaulipas (21) y en lo que respecta a la región noroeste no se localizó ninguno estudio. Por ello algunos de nuestros resultados se discuten con trabajos previos sobre la sobrecarga en el cuidador familiar.

La muestra estuvo conformada por 80 cuidadores familiares, en las características sociales, se destaca que poco más de la tercera parte fueron mujeres (71.3%), la mayoría en la etapa de adultez madura, edad promedio de 59.9 ± 8.2 años y mediana 60 años, prevaleciendo el grupo de edad de 56 a 64 años (42.5%). De estado civil casado, casi la totalidad (95%). Respecto a la relación o tipo de parentesco del cuidador con el paciente predominó el ser esposa con 78.8%, seguido de hija/o 16.3%. En el nivel de escolaridad destacó el nivel básico de primaria y secundaria (57.5%). En lo que respecta a la ocupación de los cuidadores, como era de esperarse por la etapa de vida en que transitan solo 16.3% son empleados, 13.8% se dedican al hogar y el resto, la mayoría son pensionados y jubilados.

El perfil sociodemográfico de los participantes referente al sexo, coincide en lo señalado en otros estudios en donde los cuidadores continúan siendo mayoritariamente mujeres, como lo expuesto en más del 70% en los cuidadores de Canadá (28), de Estados Unidos de América (26), de España (29), Turquía (30), Suecia (31), Brasil (32), Chile, Colombia, Cuba (29). Las cuidadoras femeninas, también destacaron en los estudios de México en Querétaro, Ciudad de México (33) y Guanajuato (34) que indagaron sobre la sobrecarga del cuidador primario y, en el de Tamaulipas realizado por De-Valle y cols., sobre Burnout en cuidadores informales (21).

El que continúen siendo las mujeres quienes mayormente cuidan al familiar, pudiera explicarse por los patrones culturales que imperan en la sociedad, como bien lo expone Flores y cols., en donde se asigna a la mujer el rol de cuidadora en las familias y en las personas dependientes como son los menores de edad, ancianos y personas con discapacidad (19). Además estas féminas desempeñan otros roles en la familia como esposa, hija, madre y en mucho de los casos también contribuyen en la economía familiar con el trabajo que desarrollan.

Respecto al tipo de vínculo o relación familiar de los cuidadores, en este trabajo prevaleció es ser esposa e hija, datos semejantes en lo informado en canadienses (29) y en los otros reportes con cubanos, chilenos (29), turcos (30), y en los reportes de cuidadores mexicanos la responsabilidad de cuidado recae primero en la hija/o, seguido de esposa (21,33, 34), hallazgo que solo difirió de este reporte en el orden de la relación familiar.

En relación a la edad de los cuidadores prevalecieron los de 56 y más años, característica que coincide con los estudios canadienses (28), estadounidenses y en los de México (21, 33, 34). No se puede afirmar que se difiera de los otros trabajos en quienes en su mayoría se reporta edad mayor de 35 años en los cuidadores (29,32). El cuidador al ser adulto maduro y ser en quien recae la responsabilidad del cuidado del familiar lo predispone a desarrollar o complicar su salud y calidad de vida (39), ya que la situación y exigencia de la atención al paciente en ciertos casos sobrepasa la capacidad y límites de quienes otorgan ese cuidado,

afectándose más la salud y calidad de vida de las mujeres por los múltiples roles que desempeñan.

Referente a la escolaridad de los cuidadores los hallazgos difirieron un poco con otros reportes, dado que destaco el nivel universitario/licenciatura, por ejemplo en los países de Turquía 43% (30), Cuba 49.3% (29); en los de México de Guanajuato, Querétaro y Ciudad de México 43%, mientras en este trabajo solo 14.2% contaba con estudios universitarios, sobresaliendo el de secundaria 37.5% y preparatoria 26.2%, cifras similares con los cuidadores tampiqueños (21).

En la ocupación de los cuidadores que sobresalió el estar pensionados, jubilados y dedicarse al hogar se coincidió con otros informes que reportan el dedicarse al hogar en más del 50%, por el contrario difirió con los cuidadores canadienses quienes el 41% trabajan al igual que en los españoles.

Los resultados de agotamiento mental de acuerdo a las puntuaciones promedio de la escala fueron de 25.24 ± 6.29 , cansancio emocional 13.18 ± 3.22 , despersonalización 5.85 ± 2.09 , insatisfacción personal 9.36 ± 4.05 , puntuaciones promedio semejantes al reporte con los cuidadores brasileños en cuanto al agotamiento mental en quienes reportaron 22.4 ± 15.6 , tensión emocional 15 ± 3.2 , despersonalización 5.0 ± 6.0 , pero difirió en el promedio de insatisfacción la puntuación promedio fue muy superior al de nuestros participantes 35.0 ± 11.5 (32). Contrastando con el reporte de los cuidadores turcos en tensión emocional tuvieron 15.70 ± 8.0 , en despersonalización 3.77 ± 2.9 y en insatisfacción personal 20.93 ± 5.8 (30), promedios inferiores que en nuestros cuidadores indagados.

Los hallazgos en la frecuencia de los niveles de agotamiento mental o Burnout en los cuidadores denotaron el nivel medio 68.70%, nivel bajo 30.00% y 1.3% nivel alto. Los datos son similares al reporte en los cuidadores suecos en quienes el 76% tuvieron agotamiento, no se precisaron los niveles (31). De igual manera en los cuidadores turcos donde 50% tuvo nivel intermedio de agotamiento mental (30). Al igual que en los cuidadores brasileños en quienes se identificó 66% de agotamiento mental (32). El nivel alto de agotamiento mental de nuestros participantes fue inferior que el identificado en los cuidadores turcos 32% (30), los cuidadores brasileños

6.9% (32) e incluso con los cuidadores de Tampico, México, que también obtuvieron 20% de nivel alto de Burnout, en estos predominó el nivel bajo en casi el 80% (21).

Referente a los resultados en los niveles de la dimensión de cansancio emocional y físico (es decir sentirse exhausto emocionalmente por el cuidado que brinda al familiar) predominó también el nivel medio con 67.5%, nivel alto 20.0%. El nivel alto fue muy semejante al reportado en los cuidadores brasileños con 19.3% (32), al igual que con los cuidadores mexicanos de Tampico el nivel alto lo tuvo el 25%, pero difirió de manera inversa con nuestros hallazgos, el nivel medio lo registró el 8% y en el nivel bajo 67% (21).

Se destaca que en la dimensión de despersonalización (referente al reconocimiento de actitudes de frialdad y distanciamiento) de nuestros cuidadores sobresalió el nivel bajo con 67.5%, nivel medio 30.0% y 2.5% nivel alto, estos datos fueron contrarios a los registrados en los cuidadores brasileños el nivel alto lo tuvo el 13.1% (32), al igual que los de Tampico el nivel medio fue en el 5% y el nivel alto en el 15% (21).

En la dimensión de insatisfacción y realización personal (estima los sentimientos de autoeficacia y realización personal con el cuidado que brinda), la mayoría de los cuidadores identificó niveles bajos 77.5% y 3.75% nivel alto que indican menor agotamiento en esta dimensión, situación muy similar a los tampiqueños que reportaron nivel bajo 72% (21) y diferente en los cuidadores de Brasil el 11.7% tuvo nivel alto (32),

Los resultados de la relación entre el agotamiento mental o Burnout y sus dimensiones y niveles con el sexo de los cuidadores, el cansancio emocional y físico se relacionó de manera significativa con el sexo femenino, esto concuerda con lo reportado en los cuidadores turcos y brasileños (30,32) y es contrario al informe de los de Tampico, México en donde el agotamiento fue independiente del ser o no mujer (21).

Respecto a la variable edad y su relación con el agotamiento mental, se identificó correlación significativa entre la edad con la insatisfacción y realización personal de los cuidadores a menor edad mayor puntuación promedio, siendo los del grupo de

menor edad 31-55 años quienes tienen menor agotamiento y los cuidadores de más edad presentan mayor agotamiento por la insatisfacción que perciben del cuidado que brinda. Los resultados difirieron los reportes extranjeros y mexicanos en donde la edad fue independiente del nivel de agotamiento mental (21, 30-32).

En las variables de estado civil, tipo de parentesco, nivel de escolaridad y relación con el agotamiento mental no se identificó diferencias significativas, estos hallazgos concuerdan con lo reportado en los cuidadores turcos y los de Tampico México en quienes tampoco encontraron relación.

Referente a la ocupación y relación con el agotamiento mental en los cuidadores, el estar jubilado se relacionó de manera significativa con la dimensión de despersonalización, este hallazgo se contrapone con otros estudios internacionales y nacionales en el que no reportaron diferencia significativa entre el agotamiento mental o Burnout y la ocupación (21,30-32).

Los resultados mostraron que el agotamiento mental se relacionó de manera significativa con las características de los cuidadores de sexo femenino, en los del grupo de edad de 55 años y menos, y la ocupación de estar retirado, pensionado o jubilado

CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas a nivel internacional y nacional tienen prevalencia alta, los pacientes con estas patologías de acuerdo al tipo, severidad y complicaciones pueden presentar diversos niveles de disfuncionalidad física y/o mental. Datos internacionales recientes refieren que del cuidado informal que requiere un paciente con enfermedad crónica en el 75% de los casos es otorgado por un familiar, personaje que en su mayoría son adultos maduros, que aunado a las características de desarrollo y desgaste de esta etapa de vida, su salud puede verse más comprometida.

Este trabajo aporta evidencia empírica sobre el agotamiento mental en los cuidadores familiares de pacientes en un hospital de Hermosillo, Sonora, lo cual contribuye a incrementar el conocimiento en enfermería basado en la investigación, para que los profesionales del cuidado brinden apoyo oportuno a los cuidadores familiares y contribuyan en cierta medida a disminuir el agotamiento mental o Burnout y mejorar la salud y calidad de vida.

El estudio en 80 cuidadores familiares identificó el agotamiento mental y sus dimensiones cansancio emocional y físico, despersonalización e insatisfacción y realización personal en donde más de la mitad de los participantes en agotamiento mental, cansancio emocional y físico tuvieron nivel medio. En las dimensiones de despersonalización e insatisfacción prevaleció el nivel bajo.

Los resultados del trabajo en esta muestra de cuidadores familiares no permiten afirmar que exista relación del agotamiento mental o Burnout con las características sociales (sexo, edad, parentesco, estado civil, nivel de escolaridad y ocupación).

La dimensión de cansancio emocional y físico se relacionó con el sexo de los cuidadores familiares, siendo el género femenino el más afectado, en las otras características sociales de edad, estado civil, nivel de educación y ocupación de los cuidadores familiares no se identificó relación.

La dimensión de despersonalización mostró relación con la ocupación, siendo los cuidadores familiares retirados (pensionados) los que tienen mayor agotamiento. En el resto de las características sociales sexo, estado civil, nivel de educación y parentesco son se relacionaron.

La dimensión de insatisfacción y realización personal se relacionó con la edad, se observa que a mayor edad (64 y más) los cuidadores familiares tienen mayor insatisfacción personal. No se identificó relación con las demás características sociales (sexo, parentesco, estado civil, nivel de escolaridad y ocupación).

En general, con los resultados en esta población de cuidadores familiares se puede afirmar que el agotamiento mental o Burnout se relacionó con las características de sexo, edad y ocupación.

Una de las limitaciones del presente estudio es que solo midió la relación entre las variables y no la causalidad. Asimismo, los resultados tienen limitado poder estadístico, por el tamaño de la muestra que en nuestro caso fue pequeña, y cuyos hallazgos no pueden generalizarse en otras poblaciones.

Otra limitación fue la falta de claridad en los participantes al distinguir las categorías de pensionado y jubilado en la ocupación, aunque ambas forman parte del retiro, estas se describieron tal y como se reportó por los participantes.

De igual manera otra limitante fue al hacer la discusión, puesto que las evidencias empíricas previas que midieron el Burnout en los cuidadores familiares son escasas, sobre todo en nuestro país.

Como sugerencia, para futuros estudios, que se consideran necesarios, es que se realicen en una muestra mayor representativa y poder estadístico, además que existen muy pocos trabajos, este estudio fue el primero en la región noroeste de México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Grupo de Cuidado. Cuidado y Práctica de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede de Bogotá, Colombia; 2000.
- 2.Serra V, Serra R, Viera G. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Rev Finlay. 2018; 8 (2): p. 140-48.
- 3.Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Nota Descriptiva. Junio 2018 [Internet]. Washington DC: OMS; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- 4.Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=B9EFF065C0BFDE52539539280F79D3B3?sequence=1
- 5.Barba-Evia J. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel muy importante. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab. 2018; 65 (1): p. 4-17.
- 6.Soto-Estrada G, Moteno-Altamirano L, Pahua D. Panorama epidemiológico de México., principales causas de morbilidad y mortalidad. Rev Fac Med UNAM. 2016; 59 (6): p. 8-22.
- 7.Rodríguez-Medina R, Landeros-Pérez M. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. Enfermería Universitaria.2014;11(3): 87-93.
- 8.Palomé V, Gallegos T, Juárez L, Perea O. Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. Digital Ciencia. Universidad Atonoma de Querétaro. 2014. 1: 1-10.
- 9.Family caregivers stress relief. Caregiversstress.com, recuperado de: <https://www.caregiverstress.com/stress-management/family-caregiver-stress/>
- 10.Barrera O, Pinto A, Sánchez H. El arte y la ciencia del cuidado. Grupo del Cuidado. 2002. Universidad Nacional de Colombia, 1ª ed., 385 p.
- 11.Servicio Informativo de la Biblioteca Médica Nacional. Mortalidad por Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias. 2013.; 13 (1).
- 12.Jurado G, Feu C. Intervención domiciliaria y variables predictoras para reingreso hospitalario en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada, Elsevier España. 2013;49(1):10–14.

13. Campos R., Criterios Hemodinámicos y Funcionales de Indicación de una Asistencia en la Insuficiencia Cardíaca aguda (shock cardiogénico); Cirugía Cardiovascular. 2009; 16(2).
14. Silva-Fhon J, Gonzalez J, Mas-Huaman T, Marques S, Partezani R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Rev Av Enfrm. 2016; 34(3): 251-258.
15. Ferré-Grau, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D, Vives-Relats C, Apacicio-Casals M. Guía de cuidados de enfermería. Cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona, Publidisa. 2011, 61 p.
16. Fernández I, Montorio-Cerrato I, Díaz-Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familias. IMSERSO. 2007. disponible en: <http://bit.ly/121b5Wv>.
17. Toribio-Díaz M, Medrano-Martínez V. Red de Cuidadores Informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. Neurología. 2013;28(2):95-102.
18. Carretero G, Garcés F, Ródenas R. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
19. Flores G, Rivas R, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y Enfermería. 2012. XVIII (1): 29-41.
20. García O, Hoyo D. La carga mental del trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2002. Servicio de Ediciones y Publicaciones. INSHT Madrid. 53 p. disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/101a200/ntp_179.pdf
21. De Valle-Alonso M, Hernández-López I, Zúñiga-Vargas M, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria 2015;12(1):19-27.
22. Barrera-Ortiz L, Blanco de Camargo L, Figueroa Ingrid, Pinto A, Sánchez-Herrera B. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional. Aquichan. 2006; (1):22-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160104>.
23. Barrón R, Alvarado A. Desgaste físico y emocional del cuidador primario. Rev Cancerología. 2009; 4: p. 39-46. Recuperada de: <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
24. Dorz S, Novara C, Sica C, Sanavio E. Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology healthcare workers. Psychology Health 2003; 18: p. 677-684.

25. Astudillo A, Mendinueta A. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa 7ª sección Madrid. 2008: 235-255
26. Armstrong P. Thinking it through: women, work and caring in the New Millennium. <http://www.medicine.da.ca/mcewh> 03-08-2005. En: Islas S, Ramos DR, Aguilar E,
27. García G. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev. Inst Nal Enf Resp Mex 2005; (4)19: 266-271
28. National Profile of Family Caregivers in Canadá. Final report. Decima Research Inc, 2002:1-37.
29. Villegas S. Características de los cuidadores informales a nivel nacional e internacional. Rev Mov Cient. 2010; 4(1): 8-14.
30. Yilmaz A, Turan E, Gundogar D. Predictors of Burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. Australasian Journal on Ageing. 2009; 28 (1): p. 16–21.
31. Kozáková R, Vévodová S, Vévoda J, Merz L, Grygová L, Kózak J. Burnout syndrome in family members taking care of their relatives and professional caregivers. Profese online 2017; 10 (1): p. 1-7.
32. Truzzi A, Valente L, Ulstein I, Engelhardt E, Laks J, Engedal K. Burnout in familial caregivers with dementia. Rev Bras Psiquiatr. 2012; 34: p.405-412.
33. Camacho-Estrada L, Hinostrosa-Arvizu G, Jiménez-Mendoza A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. Enfermería Universitaria. 2010; 7 (4): 36-41.
34. Rodríguez-Medina R, Landeros-Pérez M. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. Enfermería Universitaria. 2014; 11(3): p. 87-93.
35. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. Elsevier, España. 2012.
36. Declaración de Helsinki de la AMM [Internet] Principios éticos para las investigaciones biomédicas en seres humanos. 2013. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
37. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación 2003. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._I_NTL_Informe_Belmont.pdf
38. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud.

39. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain J, Valderrama M, Arregi B. Impacto del cuidador informal en la salud y la calidad de vida de la personas cuidadoras: analisis de las desigualdades de género. Gac Sanit. 2008; 22 (5):443-450.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de medición de agotamiento en los cuidadores familiares



UNIVERSIDAD DE SONORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS



Instrumento para la medición del agotamiento mental

Edad: ____ Sexo: ____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

En los siguientes enunciados marque la opción que corresponda, de acuerdo como usted se sienta por el cuidado que brinda a su paciente/familiar, en base a la siguiente escala:

1. Nunca o pocas veces al año
2. Una o varias veces por mes
3. Una o más veces por semana
4. Diario

1. Me siento emocionalmente agotado por el cuidado que doy a mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
2. Me siento cansado al final del cuidado de mi familia	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
3. Me siento "asfixiado" por el cuidado a mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
4. Me siento frustrado por el cuidado	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
5. Creo que estoy trabajando demasiado con mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
6. Creo que trato a mi familiar como si fuera objeto impersonal	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
7. Realmente no me preocupa lo que le ocurra a mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
8. Siento que mi familiar me culpa por algunos de sus problemas	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
9. Cuidar a mi familiar, me tensa, me hace sentir con nervios	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
10. Me he vuelto más insensible con la gente últimamente	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario

11. Me siento activo, con energía	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
12. En el cuidado de mi familiar trato los problemas emocionales con mucha calma	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
13. Creo que consigo cosas valiosas con el cuidar a mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
14. Comprendo fácilmente cómo se siente mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
15. Me preocupa el hecho de que este cuidado me endurezca emocionalmente	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
16. Trato muy eficazmente los problemas de mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
17. Creo que influyo positivamente en mi familiar, con el cuidado que brindo	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
18. Puedo crear fácilmente un ambiente relajado con mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
19. Me siento motivado después de cuidar a mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
20. Me siento acabado, sin fuerzas	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
21. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que cuidar a mi familiar	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario
22. Trabajar todo el día con mi familiar es un gran esfuerzo	Nunca o pocas veces al año	Una o varias veces por mes	Una o más veces por semana	Diario



ANEXO 2: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE SONORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS

Consentimiento informado para participar en un trabajo de investigación

Título del trabajo: “Nivel de Agotamiento Mental y relación con las características sociales de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica.

Responsable: LE. Adriana Gámez López
Estudiante de Posgrado en Enfermería en la Especialidad de Cuidados Intensivos.

Propósito y descripción de la investigación:

El propósito es identificar el nivel de agotamiento mental y la relación con las características sociales del cuidador familiar de paciente en situación de enfermedad crónica.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en el estudio de investigación, mediante una entrevista se le aplicará un Cuestionario con 27 preguntas.

Participación voluntaria:

La participación en este trabajo de investigación es voluntaria. Usted tendrá la plena libertad de decidir si desea o no participar en el presente estudio. Si Ud. decide no participar o retirarse luego de comenzar el estudio, podrá hacerlo sin tener que dar explicación alguna y su decisión no dará lugar a cambios en el trato, ni se tomará ningún tipo de represalias o sanciones en contra de su persona.

Beneficios:

Con su participación se busca tener un panorama amplio acerca del agotamiento mental que pudieran presentar personas como usted, de tal forma que se podrán crear nuevas estrategias, para anticipar este posible problema y contribuir en la mejora de la salud y calidad de vida.

Riesgos y molestias:

Usted no correrá ningún riesgo físico ni emocional, pues solo responderá a las preguntas que se le realicen.

Privacidad:

A fin de proteger su privacidad, la información y datos obtenidos serán codificados y anónimos. La información se mantendrá en un archivo bajo llave, propiedad de la responsable del presente estudio, no quedará en el Hospital. Su nombre no figurará en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, trabajando los datos sólo para fines establecidos en el estudio.

Preguntas e inquietudes

Si usted tiene alguna pregunta, inquietud o duda sobre la forma de realizar el estudio se puede comunicar con la Lic. Enf. Adriana Gámez López al teléfono 6621480697, o bien a la Universidad de Sonora con la Dra. María Rubí Vargas, corresponsable de este trabajo, en la dirección Edificio 10 B del Departamento de Enfermería, teléfono 2592165, correo electrónico rubi.vargas@unison.mx también en caso de inconformidad o queja, con la Dra. María Olga Quintana Zavala, presidente del Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería al teléfono 2592165, correo electrónico olga.quintana@unison.mx

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Lic. Adriana Gámez López me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos, asimismo comprendo que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte la calidad de atención que recibo por el equipo de salud

Al firmar este documento acepto mi participación en el estudio de forma voluntaria y a que la enfermera investigadora me aplique el cuestionario libremente.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del
investigador responsable

Fecha

Firma, relación y nombre del testigo

Fecha

Firma, relación y nombre del testigo

Fecha

Anexo 3: Dictamen de Aprobación del Comité de Ética



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

UNIVERSIDAD DE SONORA

Departamento de Enfermería
Comité de Ética en Investigación

Hermosillo, Sonora, a 29 de junio de 2018.

Oficio CEI-ENFERMERÍA 79/2018

Lic. Adriana Gámez López
Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos
Departamento de Enfermería
Presente.


Asunto: Dictamen CEI-ENFERMERÍA

Por este medio, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería (CEI-ENFERMERIA) ha concluido la revisión del proyecto de investigación intitulado "Agotamiento mental del cuidador familiar de paciente con enfermedad crónica agudizada en un hospital de Hermosillo, Sonora" que usted envió solicitando la evaluación ética correspondiente, en el que participa como directora la Dra. María Rubí Vargas y como asesora la Dra. Sandra Lidia Peralta Peña.

El CEI-ENFERMERÍA ha emitido un **DICTAMEN APROBADO** al proyecto antes citado, así mismo se le notifica que, como consta en los archivos correspondientes, al protocolo se le ha asignado el siguiente registro: **CEI-ENFERMERIA-EPE-81/2018**.

ATENTAMENTE

Por el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería


Dra. María Olga Quintana Zúñiga
Presidente



C.c.p. Archivo CEI-ENFERMERIA.